Beitrittserklärung

Kampfsportverein Bad Aibling e.V.

Herzlich Willkommen im KSV-Team!

Mit dieser Beitrittserklärung werden Sie Teil unserer KSV-Familie. Wir freuen uns darauf, gemeinsam mit Ihnen die Werte unserer Sportarten zu leben: Respekt, Disziplin und Gemeinschaft.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum/-ort: _____

Nationalität: _____

Anschrift (Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sportart

☐ Judo ☐ Karate ☐ ~~Kickboxen~~

Mitgliedschaftsart

☐ Aktives Mitglied (Beiträge siehe nächster Punkt)

☐ Fördermitgliedschaft (60€ / Jahr)

Schüler/-in, Betreuer/-in **der Raphael-Schule**

☐ Ja

☐ Nein

Mitgliedsbeiträge (Einzug im Regelfall halbjährlich _ im Januar + Juli) (Kündigung auch halbjährlich möglich zu Januar + Juli)

☐ 30.00 EUR monatlich für 1. Familienmitglied

☐ 22.00 EUR monatlich für 2. Familienmitglied

☐ 7.00 EUR monatlich für 3. Familienmitglied

☐ 0.00 EUR monatlich ab 4. Familienmitglied

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass der Kampfsportverein Bad Aibling e.V. meine Daten zur Mitgliederbetreuung speichert und Foto- sowie Filmaufnahmen, die im Zusammenhang mit Vereinsaktivitäten gemacht werden, für Berichterstattung und Vereinsmitteilungen verwendet.

Satzung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die Satzung kann in der Geschäftsstelle eingesehen, oder auf der Website www.ksv-badaibling.de heruntergeladen werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Kampfsportverein Bad Aibling e.V. Anschrift des Zahlungsempfängers: Pater-Rupert-Mayer-Str. 23 83043 Bad Aibling	
Gläubiger-ID-Nr.: DE92ZZZ00002720327	Mandatsreferenz-Nr.: (Vergabe durch KSV)

Ich/Wir erteile(n) dem Kampfsportverein Bad Aibling e.V. die Erlaubnis, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Das im SEPA-Lastschriftmandat angegebene Konto muss auf das Mitglied, oder dessen Familie / Erziehungsberechtigte(n) lauten. Zahlungen durch Dritte / Fremdzahler (z. B. Behörden, Sozialleistungsträger oder sonstige Institutionen) sind ausgeschlossen!

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber): _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Unterschrift

Ort, Datum: _____

Unterschrift Mitglied: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen): _____