



SPORTCLUB RIESA e.V.

Sport · Soziales Engagement · Dienstleistung

Aufnahmeantrag

Sportclub Riesa e.V.
Freitaler Straße 1
01589 Riesa

Telefon (03525) 68 00 - 0
Fax (03525) 68 00 20
Email gs@sc-riesa.de
Internet www.sc-riesa.de
Vereinsregisternummer 2091
Steuernummer 209/143/03142
Gläubiger-ID DE11ZZZ00000239070

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportclub Riesa e.V.

Die Satzung des Vereins habe ich erhalten und erkenne diese an. Ich gebe meine Einwilligung, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Ich verpflichte mich, jeglicher Datenänderung der Geschäftsstelle des SC Riesa unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Name:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männl:	<input type="checkbox"/> weibl:
Vorname:	<input type="text"/>	Telefon privat:	<input type="text"/> *	
Straße:	<input type="text"/>	Telefon dienstlich:	<input type="text"/> *	
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/> *	
Geb.-Dat.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/> *	
Eintritt:	<input type="text"/>	Abteilung bzw. Sportgruppe:	<input type="text"/>	

- Probemitglied
- Aktives Mitglied
- Kurzmitglied
- Sympathisierendes/ ruhendes Mitglied
- Familienangehöriger bereits Mitglied

* freiwillige Angaben

- Zweitmitgliedschaft 1. Abteilung
- Ummeldung von Abteilung
- Mitglied im Fachverband

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

mtl. Beitrag: _____ Aufn.-Gebühr: _____ Beitrag erster Einzug: _____
Mitgliedsnummer: _____ zum Zeitpunkt: _____

Datum, Unterschrift des Abteilungsleiters

Bestätigung des Vorstandes

SEPA-Basislastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von den oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/ Wir 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.

halbjährlich vierteljährlich monatlich

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Unterschrift Kontoinhaber

Wichtige Hinweise

Mandatsreferenz

„Beitrag-Abt.-Vorname-Zeitraum“

Bankeinzug

- halbjährlich: 10.02. und 25.08.
 - vierteljährlich: 15.02., 15.05., 15.08., 15.11.
 - monatlich: jeweils 15. des Monats
- Kosten bei Lastschrift Rückgaben werden dem Verursacher angelastet

Beitrag

- die Höhe des monatlichen Beitrags wird von der jeweiligen Abteilung festgelegt

Kündigung

- jeweils zum 01.01. und 01.07.
- 1 Monat Kündigungsfrist (lt. §5 Satzung)

Förderer, Hauptsponsoren & Partner: *Nach der Bearbeitung in der Abteilung und der Geschäftsstelle erhält das Mitglied eine Kopie des Antrages über den Vereinspostweg*

