



Aufnahmeantrag Fußball Förderkreis

Allgemeine Informationen

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Postleitzahl, Ort: _____ Telefon: _____

Straße: _____ E-Mail: _____

beantragt die Mitgliedschaft Fußball Förderverein des Sportvereines Rosche v. 1921 e.V (SV Rosche).

Für die Dauer der Zugehörigkeit zum Förderkreis verpflichte ich mich, einen monatlichen Beitrag von _____ EUR als Spende zu zahlen. Eine Spendenbescheinigung wird zum Jahresende erstellt.

Ort u. Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Datenschutzbestimmungen

Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass der SV Rosche meine personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Information seiner Mitglieder zu satzungsgemäßen Zwecken unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) elektronisch speichert und verwendet.

Details dazu sind im Dokument „DSGVO Informationspflichten SV Rosche.pdf“ (zu finden auf der Homepage) nachzulesen.

Ort u. Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien, neuen Medien und auf der Internetseite des Vereines und seinen übergeordneten Verbänden unentgeltlich verwendet werden dürfen. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte außer der Dachorganisation des Vereins ist unzulässig. Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort u. Datum

Unterschrift des Mitgliedes

SEPA-Lastschriftenmandat

Gläubiger-ID: DE19SVR00000516637

Mandatsreferenz: _____ (nicht ausfüllen)

Ich/Wir ermächtigen den SV Rosche Beitragszahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SV Rosche 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.

Fälligkeit: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Kontoinhaber

Name, Vorn.: _____ **IBAN:** _____
(oder BLZ)

Straße: _____ **BIC:** _____
(oder Konto)

PLZ/Wohnort: _____ **BANK:** _____

Ort u. Datum

Unterschrift der/des Kontoinhaber(in)