Aufnahmeantrag

Sportgemeinschaft Wurgwitz e. V.

Pesterwitzer Straße 6 · 01705 Freital · kontakt@sg-wurgwitz.de · www.sg-wurgwitz.de

An den Vorstand der SG Wurgwitz e. V.: Ich beantrage meine Aufnahme als Mitglied. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Alle Angaben ohne den Zusatz „freiwillig“ werden für die Mitgliedschaft benötigt.

1 Angaben zur Person

Name	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
Telefon / Mobil (freiwillig)	E-Mail (freiwillig, aber erbeten)	

2 Abteilung und Beitragsgruppe

Abteilung: ☐ Fußball ☐ Ski ☐ Volleyball ☐ Tischtennis ☐ Gymnastik

Beitragsgruppe (bitte eine ankreuzen):

☐ Erwachsene ☐ Kinder und Jugendliche ☐ Passive Mitglieder (ohne Sportbetrieb)	☐ Ermäßigt: Rentner, Arbeitslose, Studenten, Schüler, Lehrlinge Der Nachweis liegt bei. Ich lege ihn jedes Jahr unaufgefordert neu vor; sonst gilt der reguläre Beitrag.

Altersgrenzen, Beitragshöhe, Aufnahmegebühr und Zahlungstermine regelt die Beitragsordnung (siehe Abschnitt 3). Die Beiträge werden halbjährlich per Lastschrift eingezogen.

3 Erklärung und Unterschrift

Ich erkenne die Satzung und die Ordnungen der SG Wurgwitz e. V., insbesondere die Beitragsordnung, in der jeweils gültigen Fassung an. Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzinformation sind unter www.sg-wurgwitz.de/dokumente abrufbar und auf Wunsch in Papierform erhältlich. Die Datenschutzinformation habe ich erhalten. Austritt: schriftlich an den Vorstand, mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres (Satzung § 6).

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in (bei Kindern unter 7 Jahren unterschreiben nur die gesetzlichen Vertreter)

4 Nur bei Antragstellern unter 18 Jahren: gesetzliche Vertreter

Ich/Wir stimme(n) dem Aufnahmeantrag zu. Damit erlaube(n) ich/wir auch, dass das Kind seine Rechte und Pflichten als Mitglied selbst wahrnimmt. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns gegenüber dem Verein, bis zur Volljährigkeit des Kindes persönlich für dessen Beitragspflichten zu haften.

Name, Vorname gesetzliche/r Vertreter/in 1	Ort, Datum	Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in 1
Name, Vorname gesetzliche/r Vertreter/in 2	Ort, Datum	Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in 2
Anschrift der gesetzlichen Vertreter (nur falls abweichend von Abschnitt 1)		

☐ Ich unterschreibe allein. Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin oder der andere Elternteil zustimmt.

5 SEPA-Lastschriftmandat *wiederkehrende Zahlung*

Zahlungsempfänger: SG Wurgwitz e. V., Pesterwitzer Straße 6, 01705 Freital **Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE94222000000570092
Mandatsreferenz: wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige die SG Wurgwitz e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SG Wurgwitz e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in (Name, Vorname)																					Anschrift Kontoinhaber/in (nur falls abweichend vom Mitglied)																					BIC (freiwillig)
IBAN	**D**	**E**																																									
Ort, Datum																					Unterschrift(en) Kontoinhaber/in																								

Vom Verein auszufüllen

Mitgliedsnummer	Aufnahme bestätigt am / durch	Mitglied ab	Mandatsreferenz	Ermäßigung nachgewiesen bis