



Beitrittserklärung zum Förderverein Jugendfußball Barmen e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Jugendfußball Barmen e.V. und erkenne die Vereinssatzung sowie den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresmitgliedsbeitrags an. Der jährliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von **12,- EUR** wird zwei Wochen nach Beitritt fällig, danach zum Beginn eines Kalenderjahres.

Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich unter den in der Satzung genannten Bedingungen zu erklären und nur zum Ende des Geschäftsjahres möglich. Bereits entrichtete Beiträge werden nicht erstattet.

Änderungen der Mitgliedschaft, wie z.B. neue Adresse, neue Bankverbindung, sind dem Verein umgehend mitzuteilen.

Die Beitrittserklärung kann bei den Vorstandsmitgliedern des Fördervereins oder den Jugendtrainern abgegeben werden.

Mitgliedsdaten

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon - Nr.: _____

E-Mail: _____

gewünschter Mitgliedschaftszeitraum

Beginn: ____ . ____ . _____ bis auf schriftlichen Widerruf

Datum, Ort

Unterschrift des Mitglieds



Datenschutzbestimmungen

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Datum, Ort

Unterschrift des Mitglieds

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Jugendfußball Barmen e.V. widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit, zu Lasten unseres Girokontos durch SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Jugendfußball Barmen e.V. auf mein Konto gezogenen SEPA-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.

jährlicher Mitgliedsbeitrag: 12,00 EUR

o jährlich

o einmalig

Spende: _____ EUR

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort

Unterschrift Kontoinhaber/in