Sparte:

M: W:

Box Club Landau a.d.Isar 1962 e.V.
Mitglied im Bayerischen Amateur Box Verband

Beitrittserklärung

Mitglied

Vorname: .....

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Familienmitgliedschaften

Folgende Familienmitglieder werden mit angemeldet:

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Einverständniserklärungen:

- Ja, ich gebe meine Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich zu Vereinszwecken (gem. § 3 Abs. 2 BDSG).
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass Bilder von mir und meinen Familienmitgliedern für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden (z. B. Homepage, Facebook, Zeitung, usw.). Ich habe jedoch das Recht jederzeit dagegen zu protestieren, wenn ich dadurch meine Persönlichkeitsrechte oder die meiner Familienmitglieder verletzt sehe.
- Ja, ich habe die Vereinssatzung, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die Hausordnung gelesen und erkenne diese an.

Hinweis:
- Der Beitrag richtet sich nach den Beitragssätzen gem. Vereinssatzung.
- Diese Vereinbarung verlängert sich automatisch um 12 Monate, wenn nicht **mindestens drei Monate vor dem Jahresende gekündigt wird (Kündigungsfrist).** Die Kosten für die Rücklastschrift trägt das Mitglied.
- Bitte Änderungen von Anschrift, Bankverbindung etc. umgehend schriftlich bzw. per E-Mail mitteilen.
-

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift

_____
ges. Vertreter bei Minderjährigen

Bei Frauen und Mädchen
Hiermit bestätige ich, dass ich nicht schwanger bin. Im Falle einer Schwangerschaft werde ich dies sofort dem Trainer und dem Vereinsvorstand mitteilen und weder am Training noch am aktiven Boxen teilnehmen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift

_____
ges. Vertreter bei Minderjährigen

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger
Box Club Landau a.d. Isar 1962 e.V.94405 Landau
Gläubiger-Identifikationsnummer: D E 4 6 Z Z Z 0 0 0 0 1 3 0 1 4 6 3
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weis ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom 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 einem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name: ..... Anschrift: .....

IBAN: ..... BIC: .....

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen