



Handball – **Volleyball** – Kegeln – Gymnastik – Tischtennis – Laufen - Faustball

Aufnahmeantrag / Änderungsmeldung Abteilung Volleyball

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den SV Motor Hennigsdorf e.V. zum

Ich möchte die Änderung meiner Mitgliedsdaten zum

melden.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Bitte beachten Sie unsere Hinweise auf der Rückseite.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung, Spiel- und Platzordnungen sowie Beitragsordnung als für mich verbindlich an. Außerdem bestätige ich, dass ich die umseitig abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Mit der Unterschriftsleistung erkläre(n) ich/wir mich/uns als gesetzliche(r) Vertreter bereit, für Forderungen des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten.

Datum, Ort und Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift(en) der/des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich /wir die Abteilung Volleyball des Vereins SV Motor Hennigsdorf e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für mein/unser nachfolgend aufgeführtes Buchungskonto zu Lasten meines/unseres nachstehend angegebenen Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 66 ZZZ 00000 984786

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

NUR FÜR INTERNE ZWECKE – BITTE NICHT AUSFÜLLEN!

Eingang	Mitgliedsnummer	Datum	Handzeichen	Datum	Handzeichen
	EDV		BEZ		

Anlage Minderjährige

Bei Notfällen bitte folgende Person/en kontaktieren:

Vor- und Zuname, Telefon

Vor-, Zuname, Telefon

Hat der/ die Minderjährige Krankheiten (z.B. Epilepsie), hat er/ sie Allergien, Überempfindlichkeiten o.ä.?

ja / nein? Wenn ja, welche?

Nimmt der/ die Minderjährige regelmäßig Medikamente ein?

ja / nein? Wenn ja, welche?

Nutzt der/ die Minderjährige körperliche Hilfsmittel (wie Kontaktlinsen, Spangen etc.)?

ja / nein? Wenn ja, welche?

Sonstige Bemerkungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben.

Datum, Unterschrift des/ der gesetzlichen Vertreter/s