Mitgliedsantrag

zum Beitritt in den Förderverein Fußball in Meckelfeld e.V.

Unser Ziel ist die Förderung des Kinder- und Jugendfussballs im TV Meckelfeld.

Weitere Infos unter: www.foerderverein-meckelfeld.de

Förderverein Fußball in Meckelfeld e. V.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefon-Nr. _____

Der Beitrag beträgt 30,- Euro im Jahr

Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten
Ich habe die Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 DSGVO (einzusehen auf unserer Homepage unter http://www.tvm-fussball.de/foerderverein/informationspflichten) zum Thema Verarbeitung meiner persönlichen Daten zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.
Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und die ggf. freiwillig genannte Telefon-/Handynummer und E-Mail-Adresse zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden darf.

❏ Ich möchte über Aktivitäten des Vereins per Email informiert werden.

Ich verpflichte mich den gültigen Jahresbeitrag jeweils zu Beginn eines Beitragsjahres (Beginn des Beitragsjahres ist das Datum des Eintritts) im Voraus zu entrichten.

_____

Datum Unterschrift

Turnverein Meckelfeld e.V.
c/o Förderverein Fußball in Meckelfeld e.V.
Bürgermeister-Heitmann-Straße 34c
21217 Seevetal
Amtsgericht Lüneburg VR 110627

Telefon 040 768 49 25
Fax 040 769 807 82
Email info@foerderverein-meckelfeld.de
Web www.foerderverein-meckelfeld.de
www.tvm-fussball.de

Bank Hamburger Sparkasse
Konto-Nr. 1386127144
BLZ 20050550
IBAN DE 852 005 055 0138 612 714 4
BIC HASPDEHHXXX

SEPA-Lastschriftmandat

Förderverein Fußball in Meckelfeld e.V., Buchenhain 35, 21217 Seevetal
Gläubiger-Identifikationsnummer DE69ZZZ00001514934

SEPA-Lastschriftmandat
Mandatsreferenz _____ wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Fußball in Meckelfeld e.V. den jährlichen Beitrag widerruflich gemäß Fälligkeit mittels Lastschrift von dem unten genannten Konto einzuziehen. Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, ist das kontoführende Geldinstitut nicht zur Einlösung verpflichtet.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Im Falle einer von mir verschuldeten Bankrücklastschrift übernehme ich die anfallenden Gebühren und eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 5,00 Euro.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

_____

Kreditinstitut

_____

IBAN

_____

BIC

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift

_____