

Aufnahmeantrag ASV Faßberg e.V.



Kassenwart ASV Faßberg e.V., Hasenheide 32, 29328 Faßberg

Bankverbindung des ASV Faßberg e.V. :

Volksbank Südheide e.G. : BIC: GENODEF1HMN, IBAN: DE38 2579 1635 0022 3603 00

- Ich bitte hiermit um die Aufnahme aktiv passiv (zur Zeit 10 € bzw. 5 € Monatsbeitrag)
 Ich bitte hiermit um die Aufnahme meines Kindes (zur Zeit 6 € Monatsbeitrag)
 Ich bitte hiermit um die Aufnahme meiner Familie (zur Zeit 15 € Monatsbeitrag)

ab dem: ____ . ____ . ____ in den ASV Faßberg e.V. gemäß §4 der Satzung.

PLZ: _____ Ort: _____ Straße : _____ Hausnummer: _____

Name:	Vorname:	m	w	Geburtsdatum	Sportart bzw. Sparte

Kündigung der Mitgliedschaft:

Die Mitgliedschaft endet durch Vorlage einer schriftlichen Austrittserklärung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende gemäß § 5 der Satzung.

Arbeitsdienst:

Laut Geschäftsordnung muss jedes aktive Mitglied im Alter von 16 – 60 Jahren, vier Arbeitsstunden pro Jahr leisten. Für jede nicht geleistete Arbeitsstunde wird ein Betrag von 5,00 € zum Jahresende fällig.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des ASV Faßberg e.V. in der jeweils gültigen Fassung an. (Fundort Satzung und Geschäftsordnung auf der Homepage www.asv-fassberg.de unter Service)

Die Datenschutzerklärung im Impressum der Webseite (Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

PLZ: _____ Ort: _____ Datum: ____ . ____ . ____
Unterschrift _____

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000141848 Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den ASV Faßberg e.V. den Mitgliedsbeitrag, sowie die nicht abgeleiteten Arbeitsstunden von meinem Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ASV Faßberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung, Zahlungsweise: vierteljährlich im Voraus

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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers : _____

BIC : _____

IBAN : D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

(Mitglieder mit ausländischem Konto wenden sich bitte an den Kassenwart)

PLZ: _____ Ort: _____ Datum: ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____