**Stapelholmer SG von 1971 e.V.**

**Kassenwart André Sievers, Lonnacker 8, 25879 Stapel**

**Handy: 0176-63058031 E-Mail: andre.sievers@web.de**

**Aufnahmeantrag**

für..................................................................................., geb. am ......................................

Straße ................................................ Plz/Wohnort ............................................................

Telefon ................................... Handy…………………............E-Mail...............................................

in die Stapelholmer SG von 1971 e.V. Sparte...............................................

Familienmitglieder:......................................... geb. am ...........................................

 ........................................... geb. am ..........................................

 ........................................... geb. am ..........................................

Die zurzeit geltenden Satzungen und die jeweils gültigen Mitgliedsbeiträge erkenne(n) ich / wir an.

 ................................................

 (Unterschrift)

Mitgliedsbeiträge:monatlich

Familien 8,00 €

Erwachsene 6,00 €

Jugendliche bis 18. Jahre 2,50 €

Passive 2,50 €

Sind Sie damit einverstanden, dass die angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und Bilder, die allein zum Zwecke der Organisation und Öffentlichkeitsarbeit der SSG dienen, auf Grundlage der gesetzlichen Berechtigungen der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) erhoben werden. (auch in Medien, Presse, Rundfunk)

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen.

 Ja nein

**Sepa-Lastschriftmandat**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE02ZZZ00000531299**

Ich ermächtige die Stapelholmer SG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stapelholmer SG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenznummer wird mit der ersten Abbuchung mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bitte um vierteljährliche, halbjährliche, jährliche Abbuchung.

Kontoinhaber: ……………………………….

IBAN: DE **\_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_**

Ort……….…… Datum ………….. Unterschrift.....................................