

Allgemeiner Sportverein 1860 ASV Neumarkt i.d.OPf. e.V.



Geschäftsstelle: Deininger Weg 78, 92318 Neumarkt i.d.OPf.

Tel. 09181/40690-0 Fax 09181/40690-16 E-Mail info@asv-neumarkt.de

Mitgliedsnummer: (Eintrag durch Verein)

Aufnahmeantrag

Stand Januar 2015

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den ASV 1860 Neumarkt i.d.OPf. e.V. als Mitglied.

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

(Postleitzahl) (Wohnort) (Straße) (Nr.)

Abteilungsnummer Sportart: _____

Mir ist bekannt, dass ein Austritt aus dem Verein nur zum Jahresende (31.12.) mit einer Kündigungsfrist von einem Monat (30.11) in schriftlicher Form erfolgen kann. Nach den Bestimmungen des Bayerischen Landessportverbandes wird für Sportunfälle nur nach geleisteter Beitragszahlung gehaftet. Gemäß des Bundesdatenschutzgesetzes weisen wir darauf hin, dass wir über Sie als Mitglied personenbezogene Daten speichern und Bilder, Ergebnislisten u. ä. veröffentlichen.

_____, den _____
(Unterschrift des Antragstellers
Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Beiträge:	Kind (bis 14 J.)	Jugend (bis 18 J.)	Erwachsene (ab 18 J.)	Familien (ab 2 Erw. + 1 Kind/Jugend)	Schüler, Studenten, Rentner *	* auf Nach- weis
Monatlicher Beitrag:	5,00 EUR	6,00 EUR	8,00 EUR	16,50 EUR	6,00 EUR	
Aufnahmegebühr (einmalig):	10,00 EUR					

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Lastschriften

Zahlungsempfänger: ASV 1860 Neumarkt i.d.OPf. e.V., Deininger Weg 78, 92318 Neumarkt i.d.OPf.

Gläubiger-ID-Nr.: DE80ZZZ00000166630

Mandatsreferenz-Nr.: Wird bei Abbuchung mit dem Buchungstext ausgedruckt

Kontoinhaber:	Nachname:	Vorname:
	Straße:	PZL/Ort:
	Konto-Nr.:	Bankleitzahl:
	IBAN:	BIC:
	Name des Kreditinstituts:	

Einzugsermächtigung:	Ich/wir ermächtige(n) den ASV 1860 Neumarkt i.d.OPf. e.V. bis auf Widerruf, die von mir/uns am Fälligkeitsdatum (1. Februar und 1. Juli bzw. bei unterjährigem Eintritt jeweils am 1. des dem Eintritt folgenden Monats) zu leistenden Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen.
Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:	Ich/wir ermächtige(n) den ASV 1860 Neumarkt i.d.OPf. e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom ASV 1860 Neumarkt e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Nur bei minderjährigen Mitgliedern:

Dieses Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____

(Name und Vorname)

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)