



Aufnahme
Änderung
Austritt

Datum:

	Nachname	Vorname	Geb.-Datum
1. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Mitglied	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße

(PLZ) Wohnort

Telefon **eMail**

**Ich wünsche für mich / bzw. meine Familienangehörigen eine neue Mitgliedschaft in folgender Abteilung:
 (Bitte jeweils im entsprechenden Kästchen mit einem Kreuz(X) kennzeichnen)**

	Abteilung Fußball		Abteilung Tischtennis		Abteilung Turnen/Gymn.		Abteilung Jazztanz		Abteilung Tennis		Gesund und Fit
	aktiv	passiv	aktiv	passiv	aktiv	passiv	aktiv	passiv	aktiv	passiv	
1. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mitglied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt und erkenne die Vereinssatzung an. Zugleich gebe ich meine Einwilligung gemäß § 3 Abs. 2 Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen geschützten Daten.

Unterschrift des Mitglieds (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Sportverein Äpfingen e.V.
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00000428306

SEPA-Lastschriftsmandat
 Ich ermächtige den Sportverein Äpfingen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Äpfingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 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 Name (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN:

Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers (Vor- und Zuname)**

Bei Fragen wenden sie sich bitte an: Mitgliederverwaltung Kassiererin Helmut Jehle Andrea Branz Hauptstr. 38, Äpfingen, 07356-928100 07392-9687770 mv@sv-aepfingen.de kasse@sv-aepfingen.de