

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ja, ich will Mitglied der **Holledauer Schachfreunde e.V.** werden.

Mitgliedsdaten

| | | |
|-------------------|------------|---------------------|
| Anrede | Titel | Name, Vorname |
| Straße Hausnummer | | |
| PLZ | Wohnort | Land |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Staatsangehörigkeit |

Kontaktdaten

| | |
|--------------------|-----------------|
| Telefon (Festnetz) | Telefon (Mobil) |
| E-Mail | |

Art der Mitgliedschaft

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aktiv | Jahresbeitrag gemäß Finanzordnung | <input type="checkbox"/> Passiv | Individueller Jahresbeitrag (min. 5 €) |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|

Einverständniserklärungen / Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Mitgliederverwaltung gespeichert und verarbeitet werden. Eine Datenweitergabe an Dritte findet nicht statt.
- Ich erkenne die Satzung der Holledauer Schachfreunde e.V. an und bin bereit, anfallende Gebühren und Mitgliedsbeiträge gemäß Finanzordnung zu leisten.

| | |
|------------|---------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers |
|------------|---------------------------------|

bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger

Holledauer Schachfreunde e.V.
Moosäcker 12
85296 Rohrbach

Gläubiger-ID: DE21ZZZ00002548557

Die Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verein „Holledauer Schachfreunde e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Holledauer Schachfreunde e.V.“ auf mein Konto gezogene Lastschrift, einzulösen.

Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt automatisch mit dem Ende der Vereinsmitgliedschaft.

| | | |
|--|---------|---------------|
| Anrede | Titel | Name, Vorname |
| Straße Hausnummer | | |
| PLZ | Wohnort | Land |
| IBAN | | |
| Kreditinstitut – BIC (nur bei IBAN die nicht mit DE beginnt) | | |

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden.

Etwaige Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

| | |
|------------|--------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Kontoinhabers |
|------------|--------------------------------|