

# Mitgliedsdaten Abgleich / Änderungen

VfL Sportfreunde Lotte e.V. von 1929



Ich beantrage die Aufnahme in den Verein als: (bitte ankreuzen)

- aktives Mitglied  förderndes/passives Mitglied mit \_\_\_\_\_ € mtl.

für die Abteilung/en: (bitte ankreuzen)

- Gymnastik und Turnen  Fußball, Mannschaft: \_\_\_\_\_  
 Kinderturnen  Handball  
 Reha-Sport  Bewegungssport - Männer – Volkslauf  
 Kindertanzen  Tischtennis  
 Wavesy  Boßeln  
 Leichtathletik  \_\_\_\_\_  
 Schwimmen (mit Sonderbeitrag)

Beiträge: (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Jugendliche, Studenten <sup>1</sup> , Passiv, Wehrpflichtige <sup>1</sup> :	5,00 € mtl.
<input type="checkbox"/> Erwachsene:	11,00 € mtl.
<input type="checkbox"/> Familie:	18,00 € mtl.
<input type="checkbox"/> Sonderbeitrag Schwimmen, Reha-Sport <sup>2</sup> :	5,00 € mtl.

Die Mitgliedsbeiträge werden durch Vorstandsbeschluss festgesetzt. Ein Austritt ist nur zum Quartalsende möglich, in schriftlicher Form mit einer Frist von 4 Wochen. Für ausgehändigtes und geliehenes Vereinsigentum ist das Mitglied selbst verantwortlich, bei Beschädigung muss die volle Haftung, bzw. bei Verlust Ersatz geleistet werden. Alle Daten werden in der EDV gespeichert.\* <sup>1</sup> Bitte einen gültigen Ausweis vorlegen <sup>2</sup> Wenn keine ärztliche Verordnung vorliegt \* Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten in der EDV gespeichert, für vereinsinterne Zwecke bearbeitet und nicht an Dritte weiter gegeben werden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter:  
(bei minderjährigen Antragstellern) \_\_\_\_\_

LOTTE, den \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein VfL Sportfreunde Lotte e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von VfL Sportfreunde Lotte 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.

BIC: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

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

Kto.: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Konto Inhaber | Name, Vorname \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Dieses Formular dient lediglich dem Mitgliedsdatenabgleich bzw. der Änderung der Mitgliedsdaten und ist auch ohne Unterschrift gültig!