

Ski- und Tennisklub Sauerland Arnsberg 07 e.V.
Hellefelder Bachtal
D-59821 Arnsberg



STK 07 · Postfach 5530 · 59805 Arnsberg

Ski- und Tennisklub Sauerland Arnsberg e.V.
Mitbegründer des Westdeutschen Skiverbandes
Klubanlage: Im Hellefelder Bachtal
Telefon: 0 29 31/1 64 22

Antrag auf Mitgliedschaft im Ski- und Tennisklub Sauerland Arnsberg 07 e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Ski- und Tennisklub Sauerland Arnsberg 07 e.V.

1. Beantragte Mitgliedschaft für:

Name, Vorname:

geboren am: in:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon privat:

E- Mailadresse:.....

aktives Mitglied passives Mitglied Eintritt zum:

2. Beitragszahlung (pro Monat)

Ich bin (zutreffende Kategorie bitte ankreuzen):

<input type="radio"/> Erwachsene	20,50 €
<input type="radio"/> Ehegattinnen/Ehegatten von STK-Mitgliedern	17,50 €
<input type="radio"/> Erwachsene in einer Berufsausbildung	13,00 €
<input type="radio"/> Erwachsene in einer Schulausbildung	9,00 €
<input type="radio"/> Jugendliche	9,00 €
<input type="radio"/> Fördernde Mitglieder (Erwachsene)	3,80 €

Ich bin damit einverstanden, dass die entsprechenden Beiträge bei Fälligkeit von meinem im SEPA-Lastschrift-Mandat vermerkten Konto abgebucht werden.

Für eine Mitgliedschaft muss die Einzugsermächtigung (**siehe Rückseite**) vorliegen!
Änderungen der Bankverbindung werde ich unverzüglich dem Verein melden.

Unsere Informationspflicht nach §13 DSGVO erfüllen wir schriftlich im Anhang und unter: <https://dsgvo-gesetz.de/art-13-dsgvo/>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Ski- und Tennisclub Sauerland Arnsberg 07 e.V.
Hellefelder Bachtal 8a
D-59821 Arnsberg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE46ZZZ00000334176

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)