AUFNAHMEANTRAG

ETB Schwarz-Weiß Essen e.V. Abteilung Basketball
c/o Robert Hildebrandt
Marderweg 26 ** 59348 Lüdinghausen

Hiermit beantrage ich,

Name _____
Vorname _____
geboren am _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Mobil _____
Email _____

die Aufnahme in die Basketball-Abteilung des ETB

zum: _____
Monat, Jahr

☐	Familien (aktive Mitglieder)	40,00 €/Monat	480,00 €/Jahr
☐	Erwachsene	25,00 €/Monat	300,00 €/Jahr
☐	Jugendliche 10-18 J. (ab U12)	25,00 €/Monat	300,00 €/Jahr
☐	Kinder unter 10 J. (bis U10)	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
☐	Doppelmitgliedschaft Saloniki	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
☐	inaktive Mitglieder	6,00 €/Monat	72,00 €/Jahr

Ich zahle im Voraus ☐ **halbjährlich** ☐ **jährlich**

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum 30.06. und zum 31.12. mit vierwöchiger Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden (auch als E-Mail an **info@etb-basketball.eu**).

Die mit der Beitrittserklärung erhobenen Daten werden elektronisch erfasst, verarbeitet und für Zwecke des Vereins gespeichert. Mit einer Unterschrift wird auch die Einwilligung gemäß §4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der jeweils gültigen Fassung erteilt.

_____
Ort, Datum, Unterschrift d. Mitglieds oder des gesetzlichen Vertreters

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Videos von mir/meinem Kind, die im Rahmen der Vereinsaktivitäten von ETB Basketball gemacht werden, für Veröffentlichungen des Vereins (Homepage, Flyer, Presseinfo, Facebook) benutzt werden. Es ist möglich, dass der Verein teilweise die Kontrolle über die Fotos verliert und diese nicht mehr löschbar sind.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die angebene E-Mailadresse für die vereinsinterne Kommunikation (Newsletter, etc pp.) genutzt wird.

Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich an o.g. Adresse widerrufen werden.

_____
Ort, Datum, Unterschrift d. Mitglieds oder des gesetzlichen Vertreters

ETB SW Essen e.V. ** Am Uhlenkrug 40 ** 45133 Essen
SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger-Identifikationsnummer DE59BAS00000575087
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den ETB SW Essen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ETB SW Essen 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Hinweis: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Adresse

D	E																					

IBAN **BLZ** **Konto** **Kreditinstitut**

Ort, Datum **Unterschrift des Kontoinhabers**