

AUFNAHMEANTRAG

ETB Schwarz-Weiß Essen e.V. Abteilung Basketball
Mellinghofer Str. 20 ** 45143 Essen



Hiermit beantrage ich,

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

die Aufnahme in die Basketball-Abteilung des ETB

zum:

Monat, Jahr

<input type="checkbox"/>	Familien (aktive Mitglieder)	40,00 €/Monat	480,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Erwachsene	25,00 €/Monat	300,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Jugendliche 10-18 J. (ab U12)	25,00 €/Monat	300,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Kinder unter 10 J. (bis U10)	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Doppelmitgliedschaft Saloniki	10,00 €/Monat	120,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	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 löscher sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebene 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. ** Postfach 101101 ** 45011 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

DE																					
IBAN					BLZ					Konto					Kreditinstitut						

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers