



Aufnahmeantrag

Ich/Wir möchte(n) Mitglied beim FSV Pfaffenhofen e.V. werden.

Name, Vorname geboren am

Straße PLZ / Ort

Telefon E-Mail

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft

Weitere Mitglieder bei Familienmitgliedschaft:

Name, Vorname geboren am

Name, Vorname geboren am

Fußball Herzsport Cricket

Jahresbeitrag: Erwachsene 66,00 € Familienbeitrag 84,00 € Kinder bis 14 Jahre 36,00 €

Jugendliche 15–18 Jahre 42,00 € Herzsportgruppe 66,00 €

Im Zusammenhang mit seinem Sportbetrieb, sowie sonstigen satzungsgemäßen Veranstaltungen veröffentlicht der Verein personenbezogene Daten und Fotos seiner Mitglieder in seiner Vereinszeitung, der Stadionzeitung sowie auf seiner Homepage und übermittelt Daten und Fotos zur Veröffentlichung an Print- und Telemedien sowie elektronische Medien. Dies betrifft insbesondere Start- und Teilnehmerlisten, Mannschaftsaufstellungen, Ergebnisse und Torschützen, Wahlergebnisse sowie bei sportlichen oder sonstigen Veranstaltungen anwesende Vorstandsmitglieder und sonstige Funktionäre. Die Veröffentlichung/Übermittlung von Daten beschränkt sich hierbei auf Name, Vereins- und Abteilungszugehörigkeit, Funktion im Verein und – soweit aus sportlichen Gründen (z.B. Einteilung in Wettkampfklassen) erforderlich – Alter oder Geburtsjahrgang. Ein Mitglied kann jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos seiner Person widersprechen. Ab Zugang des Widerspruchs unterbleibt die Veröffentlichung/ Übermittlung und der Verein entfernt vorhandene Fotos von seiner Homepage. Der elektronischen Speicherung meiner oben stehenden Daten stimme ich zu.

Datum Unterschrift

(Bei Minderjährigen die gesetzlichen Vertreter)

SEPA Lastschriftkombinat:

Unsere Gläubiger ID Nummer: DE27ZZZ000001 52161 Mandatsreferenz: 9087 + Mitgliedsnr.
Hiermit ermächtige ich den Verein, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge vom folgenden Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FSV 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 Konditionen.

Kreditinstitut (Name)	
IBAN	
BIC	
Name und Unterschrift Kontoinhaber	