



# Reha – Sportverein Barßel e. V.

- Gegründet 1977 -



Reha-Sportverein Barßel e.V. Nelkenstrasse 21, 26676 Barßel, Tel. 04499-9221001

## **AUFNAHMEANTRAG** *Bitte auch Sepa-Lastschriftmandat ausfüllen und unterschreiben*

Ich beantrage die Aufnahme in den Reha-Sportverein Barßel e.V.

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ – Wohnort: .....

Geb. am: ..... Tel. zu erreichen: .....

Email: .....

Mitglied Nr.: | | | | | | | | | |  
*Nicht ausfüllen!*

Der jährliche Mitglieds-Beitrag beträgt zum Zeitpunkt der Aufnahme: Jahresbeitrag: € 120,00€  
 Ehe/Lebenspaar, Jahresbeitrag p.P.: € 108,00€

Ort: ..... Datum: .....

1. Vorsitzende

*Unterschrift*

Kassenwart(in)

*Unterschrift*

Mitglied

*Unterschrift*

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, Geburtsdatum, Email-Adressen**

**Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Reha-Sportverein Barßel e.V. zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse**

**Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.**

***Datum und Unterschrift***

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Reha Sportverein Barßel e.V. - Nelkenstrasse 21- 26676 - Barßel  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 54 ZZZ 0000 114 86 41  
 Mandatsreferenz: (Mitglied Nr. ) | | | | | | | | | | *Nicht ausfüllen*

*Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Reha Sportverein Barßel e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Reha Sportverein Barßel e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.*

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

| ..... | ..... | .....  
 Vorname und Name (Kontoinhaber): Kreditinstitut: Name: BIC:

| .....  
 Adresse:

| ..... | DE | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | .....  
 Postleitzahl und Ort: IBAN: