



SV Eintracht Rostock e.V.

Gemeinnütziger Verein

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den SV Eintracht Rostock e.V.

als aktives ☐ passives ☐ oder förderndes ☐ Mitglied ab dem

Name, Vorname des Mitgliedes	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Geburtsdatum	
Beruf (optional)	
Telefon / Mobil	
E-Mail (erforderlich)	

Bitte leserlich schreiben

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung und Ordnungen des SV Eintracht Rostock e.V. an.

Die Satzung und die dazu gehörenden Ordnungen können jederzeit beim Vorstand des Vereines unter der unten stehenden Adresse eingesehen und abgeholt bzw. als Datei angefordert werden.

Ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Vermittlung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, einverstanden.

Ich habe das Recht jederzeit vom Verein Auskunft über meine vom Verein gespeicherten Daten zu erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder und Textbeiträge über mich/meine Kinder auf der Internetseite des Vereins www.eintracht-rostock.de oder der Abteilungen veröffentlicht werden. Die Bilder und Texte verfolgen ausschließlich den Zweck, den Verein und deren Mitglieder mit ihren Aktivitäten in der Öffentlichkeit darzustellen.

Das Einverständnis kann jederzeit beim Vorstand in schriftlicher Form widerrufen werden.

Ort/Datum Rostock,

Abteilung:

Unterschrift:

Mannschaft:

Unterschrift:

(Bei Minderjährigen sind zusätzlich die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter notwendig)

Bitte das SEPA Lastschriftmandat ausfüllen (Rückseite)

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

SV Eintracht Rostock e.V. c/o Peter Prochnow

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Albrecht-Tischbein-Str. 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

18109 Rostock

Land / Country:

Deutschland / Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE19 ZZZ0 0002 1549 67

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitgliedsbeitrag SV Eintracht Rostock

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:**

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:**

Rostock

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**