



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den SC Union Oldesloe

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte hier den Namen des/der Erziehungsberechtigten eintragen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hsnr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Anmeldetag \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Mitgliedschaft  aktiv  passiv Abteilung  Fußball  Handball

Sind weitere Familienangehörige im SC Union Oldesloe als Mitglied?  Ja  Nein

Die Monatsbeträge lauten wie folgt (Die Beiträge werden im Januar und Juli des jeweiligen Jahres erhoben):

Erwachsene ab 18 Jahre	11,00 €	Erwachsene ab 18 Jahre (passiv)	6,50€
Kinder, Schüler, Auszubildende, Studenten, Arbeitslose	5,50€	Familienbeitrag	16,00€

(Erforderliche Nachweise für die Einstufung in vergünstigte Beitragsgruppen sind vom Mitglied selbst, ohne Aufforderung durch den Verein, rechtzeitig beizubringen.)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich den Satzungen und Bestimmungen des SC Union Oldesloe an.

### Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass nach meiner Aufnahme in den Verein die vorstehenden Angaben elektronisch verarbeitet, insbesondere gespeichert und übermittelt werden können, jedoch nur im Rahmen der Zweckbestimmung des Mitgliedschaftsverhältnisses.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

### Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:

Zahlungsempfänger	SC Union Oldesloe, Glinde 11c, 23843 Bad Oldesloe		
	Gläubiger-ID DE77 ZZZ0 0000 3264 43	Mandatsreferenz-Nr. *	
Kontoinhaber:	<input type="checkbox"/> Name und Anschrift wie oben		
	Name:	Vorname:	
	Straße/Hsnr.	PLZ/Ort:	
	IBAN:	BIC:	
	Name der Bank:		
Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:	Ich/Wir ermächtige/n den SC Union Oldesloe Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SC Union Oldesloe 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. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung.		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhaber

\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.