



# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich unter Anerkennung der aktuellen Vereinssatzung die Aufnahme als aktives Mitglied  oder als passives Mitglied

in den SC Brandenburg e.V. ab: \_\_\_\_\_.

**Bitte deutlich schreiben!**

**Abteilung:** Tennis  Badminton  Leichtathletik  Taekwondo  Hockey

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift (PLZ/Wohnort/Straße):	
E-Mail:	Telefon:

Die Höhe der jährlichen Mitgliedsbeiträge und die entsprechenden Beitragsklassen sind der jeweiligen Beitragsordnung der Abteilung zu entnehmen.

<b>Beitrag:</b> € <small>(jährlich festgesetzter Beitrag durch die Mitgliederversammlung)</small>	<b>Aufnahmegebühr:</b> € <small>(nach Beitragsordnung der jeweiligen Abteilung)</small>	<b>Beitragsklasse:</b> <small>(gemäß Beitragsordnung)</small>
--	--	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zur vereinsinternen Mitglieder-verwaltung in einer Datenverarbeitung gespeichert und verwaltet werden. Diese Daten können an andere Mitglieder und Dritte ausgehändigt werden, wenn die Aufgaben des Vereins dies erfordern.

Berlin, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand der jeweiligen Abteilung. Der Austritt kann nur zum Schluss des Kalenderjahres erfolgen und muss bis zum 30. September des laufenden Jahres schriftlich dem Vorstand oder der Geschäftsstelle erklärt werden.

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist diese Beitrittserklärung nur gültig, wenn sie von den gesetzlichen Vertretern unterzeichnet wird. Dies sind im Regelfall **beide** Elternteile.  
Gesetzliche Vertreter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Sport-Club Brandenburg e. V. Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 Bedingungen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_