

Leichtathletik - Freunde (LAF) Sinzig e.V.
Homepage: www.laf-sinzig.de

Beitrittserklärung

Christoph Schick, Kassenwart, Geschäftsstelle
Renngasse 11, 53489 Sinzig, Tel/Fax: 02642/905082

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu den Leichtathletik-Freunden (LAF) Sinzig zum
1. _____ 20__ und erkenne deren Satzung* an. (*wird auf Wunsch zugestellt.)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

E-mail: _____ Geburtsort: _____

Monatliche Beiträge (Zutreffendes bitte umkreisen):

Abteilung	Erwachsene (ab 18 J)	Jugendliche (14-17 J), Schüler, Studenten, Rentner	Kinder (bis 13 J)
Volleyball/ Beachvolleyball	10 €	7,50- €	7,50- €
Inaktive, Förderer	4,- €	4,- €	

Familienbeitrag (ab 3 Mitglieder) : 20% Ermäßigung auf die Summe der Einzelbeiträge

Beachvolleyball Halbjahresbeitrag 60,- €

Name des Übungsleiters/ der Übungsleiterin: _____

Für Minderjährige:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter am Wettkampfsport
teilnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen
Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Erklärung zum Datenschutz:

Die Datenverarbeitungsrichtlinie des Vereins ist Teil dieses Aufnahmeantrages. Ich habe sie zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden.

Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person zur Präsentation von Mannschaften angefertigt und auf der Homepage des Vereins veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen
Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger Identifikationsnummer DE78LAF00000460770
Mandatreferenz ist die Mitgliedsnummer (Wird bei der Abbuchung mitgeteilt)

Ich ermächtige die LAF Sinzig e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LAF Sinzig e.V. 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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber
Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Wohnort: _____
IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers