



# Mitgliedsantrag

## Antragsteller/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ / Wohnort
Tel. privat (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	Abteilung

## Hiermit beantrage ich die Aufnahme

- für mich als Mitglied beim SV Seligenporten
- für mich und meine Familie als Mitglied beim SV Seligenporten
- für mein unten aufgeführtes Kind oder Kinder beim SV Seligenporten

### Abteilungen des SVS

- F** Fußball
- H** Handball
- FA** Fitnessabteilung
- FD** Fitness - Damen
- R** Reiten

## Aufzunehmende Familienmitglieder

Ehepartner/in Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung
1. Kind Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung
2. Kind Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung
3. Kind Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung

### Jährlicher Mitgliedsbeitrag (inkl. 7% MwSt.)

Erwachsener	80 Euro
Familien	120 Euro
Kinder bis 3 Jahre	beitragsfrei
Kinder 3 - 14 Jahre	30 Euro
Jugendliche 15 - 18 Jahre	30 Euro
Schüler / Azubis / Studenten (bis 27 Jahre)	34 Euro

### Jährlicher Abteilungsbeitrag (inkl. 7% MwSt.)

Fußball	Erwachsene 50 Euro / Jugendl. 20 Euro
Handball	Erwachsene 43 Euro / Jugendl. 20 Euro
Fitness-Damen	22 Euro
Fitness-Abteilung	jeweilige Kursgebühr
Reiter	Erwachsene 60 Euro, ermäßigt 33 Euro
	Kinder (bis 18 J.) 42 Euro, ermäßigt 21 Euro

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung an. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich verpflichte mich, den Mitglieds- und ggf. Abteilungsbeitrag zu zahlen. Der Jahresbeitrag wird im ersten Quartal des Geschäftsjahres des SVS (01.07. bis 30.06.) abgebucht. Im Falle eines Austritts innerhalb des Geschäftsjahres ist der vollständige Beitrag zu zahlen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner freiwilligen Angaben (Telefonnummer und E-Mail) gemäß der Datenschutzrichtlinie des SVS einverstanden. HINWEIS: Die Pflichtangaben darf der SVS aufgrund der beantragten Mitgliedschaft ohne explizite Einwilligung verarbeiten.

Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Ehepartner/in
-------------	-------------------------------	----------------------------

Hiermit ermächtige ich den SVS widerruflich, den von mir jährlich zu entrichtenden Beitrag (**Mitglieds- und Abteilungsbeitrag**) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name der Bank	IBAN
Ort / Datum	Unterschrift