



MITGLIEDSANTRAG BERLIN UNITED e.V.

KONTAKTDATEN

(Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen)

<input type="checkbox"/> FRAU	<input type="checkbox"/> HERR
NAME _____	VORNAME _____
GEB. DATUM _____ TT / MM / JJJJ	PLZ / ORT _____
STRASSE _____	
ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R _____	
NATIONALITÄT _____ (Ist die Staatsangehörigkeit nicht Deutsch, ist eine Fotokopie eines Personaldokuments mit einzureichen!)	
TELEFON _____	HANDY _____
E-MAIL _____	

MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Fördermitglied in den Berlin United e.V. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die Satzung und Ordnung des Vereins akzeptiere und mich danach richten werde. Ich bestätige insbesondere, dass ich unbescholten bin. Die Mitgliedschaft kann zum Ende einer Spielzeit (30.06.) oder zum Jahreswechsel (31.12.) unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Monaten gekündigt werden. Es ist mir bewusst, dass die Mitgliedschaft erst mit Annahme dieses Antrages durch den Verein und Übersendung der Bestätigung an mich sowie nach vollständiger Zahlung des ersten fälligen Beitrags zustande kommt. **Anschriftenänderungen sind dem Verein unverzüglich mitzuteilen.**

MITGLIEDSBEITRAG

<input type="checkbox"/> 120 € im Jahr (10 € / Monat)	<input type="checkbox"/> ermäßigt 80 € im Jahr (6,67 € / Monat)
---	---

Kinder im Alter bis 18- und Rentner ab 65+

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch Berlin United e.V. gespeichert werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weiter gegeben.

ORT, DATUM _____

UNTERSCHRIFT (Erziehungsberechtigte/r) _____

ZAHLWEISE auf RECHNUNG oder LASTSCHRIFT

RECHNUNG

<input type="checkbox"/> Rechnung alle 3 Monate	<input type="checkbox"/> Rechnung 1 x im Jahr
---	---

SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Ich verpflichte mich insbesondere, den fälligen Beitrag, wie er sich aus der jeweiligen Beitragsordnung ergibt, an den Verein pünktlich zu entrichten. Diesen Beitrag bitte ich von meinem Konto abzubuchen.

Hiermit ermächtige ich den Berlin United e.V. vom unten angeführten Konto den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Berlin United e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

KONTOINHABER _____

BANK _____

BIC _____

IBAN _____

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.

<input type="checkbox"/> Lastschrift alle 3 Monate	<input type="checkbox"/> Lastschrift 1 x im Jahr
--	--

ORT, DATUM _____

UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS _____