



HV Fortuna '92 Hildburghausen

Geschäftsstelle Bernd Heine, Am Stirnberg 11, 98646 Hildburghausen
Tel.: 03685 706694

www.hv-fortuna-hibu.de

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich ab dem _____ meine Aufnahme in den Handballverein

HV Fortuna '92 Hildburghausen.

Persönliche Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____

Straße, Nr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Jahresbeitrag:

(bitte zutreffendes Ankreuzen)

- Erwachsene** **48,00€**
- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre** **24,00€**

Zahlungstermin:

- jährlich zum 01.01. halbjährlich zum 01.01. und 01.07.

Anerkennung der Regularien des Vereines

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:

- Die Satzung des Vereines (www.hv-fortuna-hibu.de)
- Die jeweils gültigen Beitragssätze

Wir bitten um Zustimmung, zu Veröffentlichung von Fotos Ihrer Person bzw. Ihrer Kinder im Rahmen des regulären Sport- und Vereinsbetriebes.

Ja, Ich stimme zu

Nein, Ich stimme nicht zu

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Eltern o. Vormund bei Minderjährigen)

Tag der Aufnahme: _____
(vom Verein auszufüllen)

Unterschrift Vorstand: _____



HV Fortuna '92 Hildburghausen

Geschäftsstelle Bernd Heine, Am Stirnberg 11, 98646 Hildburghausen
Tel.: 03685 706694

www.hv-fortuna-hibu.de

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE52ZZZ00001907702

Mandatsreferenz: _____
(wird vom Verein vergeben)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger HV Fortuna '92 Hildburghausen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger HV Fortuna '92 Hildburghausen 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

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Kontoinhaber: _____