

Post SV Bamberg e.V. 1928  
Postfach 22 44  
96013 Bamberg



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt ab dem \_\_\_\_\_ für mindestens ein Jahr zum Post SV Bamberg. Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. am: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: m/w/d \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_ Sonderbeitrag: Ja Nein

Mit der Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch den Verein, soweit es Vereins- und Verbandszwecke erfordern, unter Einhaltung der Vorschriften der EU Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes einverstanden.

Des Weiteren erkläre ich mich mit der Veröffentlichung von Fotos, die von mir bei sportlichen Ereignissen, Veranstaltungen oder Versammlungen des Post SV Bamberg entstehen, in der Presse, im Internet oder zur Präsentation des Vereins einverstanden.

Bei minderjährigen Antragstellern ist die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters (Eltern, Erziehungsberechtigter, etc.) erforderlich.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
**Ort Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters**

### Teilnahmeerklärung zum SEPA-Verfahren (vom Kontoinhaber auszufüllen)

Hiermit ermächtige ich den Post SV Bamberg widerruflich, die Beiträge des oben angegebenen Mitglieds bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meiner nachfolgend angegebenen Bankverbindung einzuziehen. Es ist mir bekannt, dass für die Abteilungen Basketball, Judo, Karate und Tennis zusätzliche Sonderbeiträge fällig werden.

**Kontoinhaber** \_\_\_\_\_ **Kreditinstitut** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_  
(Ihre IBAN finden Sie auf dem Kontoauszug ihrer Bank)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
**Ort Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Kontoinhabers**

## Beitrittserklärung (Teil 2)



Diesen Teil bitte nur ausfüllen und unterschreiben bei der Aufnahme weiterer **Familienmitglieder!**

Vorname Nachname	geboren am	Abteilung	Sonderbeitrag m/w	
			Ja	Nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
**Ort** **Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**