



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Sparte \_\_\_\_\_

*Ich erkläre mich einverstanden, dass Bilder von mir auf [www.svsw-kemnath.de](http://www.svsw-kemnath.de) und auf den social media Seiten des SVSW Kemnath veröffentlicht werden dürfen.*

*Kündigungen sind wirksam, wenn diese bis spätestens 31.12. schriftlich unter [vereinsverwaltung@svsw-kemnath.de](mailto:vereinsverwaltung@svsw-kemnath.de) vorliegen.*

| Der Mitgliedsbeitrag beträgt bei:                | <input type="radio"/> Jährlich | <input type="radio"/> Halbjährlich |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> KINDERN UND JUGENDLICHEN   | 34 EURO                        | 17 EURO                            |
| <input type="radio"/> ERWACHSENEN                | 66 EURO                        | 33 EURO                            |
| <input type="radio"/> FAMILIEN (alleinerziehend) | 90 EURO                        | 45 EURO                            |
| <input type="radio"/> FAMILIEN                   | 150 EURO                       | 75 EURO                            |

### Datenschutzerklärung

☐ Hiermit bestätige ich, unsere Datenschutzerklärung (einzusehen unter: [www.svsw-kemnath.de/de/datenschutz](http://www.svsw-kemnath.de/de/datenschutz)) gelesen und verstanden zu haben.



## SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

### SVSW Kemnath e. V.

Name des Zahlungsempfängers

**Jahnstraße 15**

Straße und Hausnummer

**95478 Kemnath**

**Deutschland**

Postleitzahl und Ort

Land

**DE60ZZZ00000103067**

Gläubiger-Identifikationsnummer

---

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger SVSW Kemnath e. V. den Mitgliedsbeitrag von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SVSW Kemnath e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*Hinweis:* Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zurück verlangen. Es gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

Der erstmalige Beitragseinzug erfolgt am 20. des Folgemonats und die weiteren Einzüge für die Jahres- oder Halbjahresbeiträge erfolgen zum 15.02. bzw. zum 15.09. des jeweiligen Jahres.

---

Name des Zahlungspflichtigen

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Telefon privat

---

Telefon dienstlich

---

E-Mail Adresse

---

Name des Kontoinhabers

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

---

BIC (8 oder 11 Stellen)

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift