



Sportverein Eidelstedt von 1880 e.V.

GesundAktiv-Zentrum

Fitness, Gesundheit und Wohlbefinden



Furtweg 51, 22523 Hamburg

Tel. 040 570 007 40 • Fax. 040 570 007 47 • E-Mail: gesundaktiv@sve-hamburg.de

Aufnahmeantrag

Änderungsantrag

Hiermit beantrage ich folgende Mitgliedschaft im GesundAktiv Zentrum des SVE

Mitgliedschaft

Mitgliedsbeitrag: € Einmaliges Startpaket €

Die Mitgliedschaft beginnt am:

Die Beitragszahlung beginnt am:

Sonstige Vereinbarungen:

Die Beitragszahlung für das SVE GesundAktiv-Zentrum erfolgt monatlich per Lastschriftenverfahren. Eine Rechnungsstellung ist nur per Jahreszahlung möglich.

Die Mitgliedschaft kann zum 30. Juni sowie 31. Dezember gekündigt werden, wenn dies der Geschäftsstelle unter Einhaltung einer zwei-monatigen Kündigungsfrist schriftlich mitgeteilt wird.

Mir ist bekannt, dass meine hier genannten persönlichen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes per EDV erfasst werden.

Datenschutz: Der SV Eidelstedt Hamburg e.V. verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft ausschließlich gemäß der Datenschutzbestimmungen, die Sie im Internet jederzeit unter www.sve-hamburg.de abrufen können. Die Vereinssatzung erkenne ich an. Sie ist in der Geschäftsstelle erhältlich.

Bei Minderjährigen haftet der Erziehungsberechtigte bzw. gesetzliche Vertreter gesamtschuldnerisch für die Mitgliedsbeiträge.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Erziehungsberechtigter

Kreditorangaben

SVE Hamburg, Redingskamp 25, 22523 Hamburg, Deutschland Gläubiger ID: DE60ZZZ00000351969

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den SVE Hamburg, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von SVE Hamburg 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 verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des volljährigen Kontoinhabers

Unterschrift des Abteilungsleiters

BITTE MIT GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Familiennamenname Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJ) männlich weiblich Ein Familienmitglied ist bereits im SVE? Ja Nein

Name Erziehungsberechtigter Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon privat (mit Vorwahl) Telefon geschäftlich

E-Mail

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger: Familienname Vorname

Zahlungspflichtiger: Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Zahlungspflichtiger: Land

Zahlungspflichtiger: IBAN

Zahlungspflichtiger: BIC

Zahlungspflichtiger: Kreditinstitut

Mandatsreferenznummer (wird vom SVE ausgefüllt)