



WASSERSPORTVEREIN FLECKEBY e.V.

WSF - Hafen: 054° 29,50'N 009° 41,80'E

Antrag auf Mitgliedschaft

Name		Aktives Mitglied	<input type="checkbox"/>
Vorname		Aktives Mitglied (Ehepartner)	<input type="checkbox"/>
Straße, Haus-Nr.		Passives Mitglied	<input type="checkbox"/>
PLZ / Ort		Passives Mitglied (Ehepartner)	<input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Jugendliches Mitglied	<input type="checkbox"/>
Telefon			
Mobiltelefon			
E-Mail			

Die Mitgliederverwaltung erfolgt mit Hilfe der EDV. Zu diesem Zweck werden die Daten der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) elektronisch gespeichert.

Jedes Mitglied trägt das Risiko eines Personen- und Sachschadens aus seiner Betätigung im Verein – insbesondere im Rahmen der Teilnahme bei Veranstaltungen - selbst. Der Verein bietet jedoch einen Versicherungsschutz im Rahmen der durch den Dachverband abgeschlossenen Versicherungen.

Mit der Unterzeichnung des Antrages auf Mitgliedschaft erkennt der Antragsteller die Vereinssatzung und Vereinsordnungen an.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen einer/s Erziehungsberechtigten)

Unterschrift der/s Minderjährigen

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Wassersportverein Fleckeby e.V.	
<u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number: Mückebug 1	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 24357 Fleckeby	Land / Country: DE
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE72ZZZ00000158044	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by creditor): Mitgliedsnummer	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	
Zahlungsart/ Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/ One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
<u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address</u> Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country: DE
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): DE	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): DE	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	