

Jugendförderverein Schieferland

Heimat – Zukunft – Verbundenheit



Mitgliedsantrag - Fördermitglied-

Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft im Jugendförderverein Schieferland e.V. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass diese Mitgliedschaft keine Stimmberechtigung in der Mitgliederversammlung beinhaltet, diese aber jederzeit besucht werden darf.

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Hausnr:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil :	_____
E-Mail:	_____		

Darf der JFV Schieferland e.V. sie kontaktieren, wenn es um die Unterstützung bei eigenen Veranstaltungen geht. (Bsp.: Bewirtung, Kuchenspenden, Auf- und Abbau etc.)

NEIN

JA

Datenschutz und Einverständniserklärung

Der JFV Schieferland e.V. verarbeitet Mitgliederdaten gemäß der gültigen Datenschutzordnung des Vereins.

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass trotz meines Widerrufs Fotos und Videos von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Förderbeitrag

Der JFV Schieferland e.V. ist dankbar für jedes Mitglied, welches sich für den Jugendfußball finanziell engagieren möchte. Aus administrativen und organisatorischen Gründen ist der Mindestbeitrag in der Beitragsordnung allerdings auf 10,00 € pro Jahr festgelegt worden.

Förderbeitrag pro Jahr: _____ €
(Bitte Wert eintragen.)

Der Mitgliedsbeitrag wird in einem Abbuchungsvorgang, zum 01.01. jeden Jahres, per SEPA-Basis-Lastschrift eingezogen. Die Gläubiger-ID des JFV Schieferland e.V., sowie die individuelle Mandatsnummer wird Ihnen in einem separaten Schreiben mitgeteilt.

Die Mitgliedschaft kann bis zum 30.11. jeden Jahres schriftlich gekündigt werden.

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den JFV Schieferland e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift im SEPA-Basis-Verfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem JFV Schieferland e.V. 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.

Kontoinhaber (Vorname und Name): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____