



### Aufnahme-Antrag

Herr/Frau	Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Ort	Straße		Sportart/Sparte
Schüler/Erwachsener/Familie usw.	Beitritt ab		Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben)
Telefon/Handy (Freiwillige Angabe) (kann jederzeit schriftlich widerrufen werden)		Email-Adresse (Freiwillige Angabe) (kann jederzeit schriftlich widerrufen werden)	

**Weitere Familienmitglieder melde ich zusätzlich an / sind bereits im Verein:**

Vorname	Geburtsdatum	Neuanmeldung	Bereits im Verein	Sportart/Sparte	Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Mit der Unterschrift willige ich ein, dass die erhobenen Daten vom Verein verarbeitet und genutzt werden dürfen.**

Die **monatlichen Mitgliedsbeiträge** sind: *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*

- Kinder/Jugendliche, Passive je 10,00 €
- Studenten, Auszubildende über 18 Jahre, Arbeitslose, Rentner (**Nachweis vorlegen**) je 10,00 €
- Erwachsene je 14,50 €
- Familien je 23,00 €
- Senioren-Pass
- Kiel-Card-Inhaber: \_\_\_\_\_ (Kartenummer angeben)

**monatlicher Zusatzbeitrag:**

- Fußball In der Geschäftsstelle oder beim Spartenleiter zu erfragen
- Karate In der Geschäftsstelle oder beim Spartenleiter zu erfragen
- Turnen In der Geschäftsstelle oder beim Spartenleiter zu erfragen

Die **Aufnahme-Gebühr** in Höhe eines Monatsbeitrages wird mit dem ersten Beitragsabruf eingezogen bzw. ist zu überweisen.

Ich/wir gestatten dem Verein, <b>Bild- und Filmaufnahmen</b> von mir und meinen Familienmitgliedern auf der Homepage, in Präsentationen und in der Vereinszeitung „Holsatenkurier“ zu veröffentlichen. <small>(kann jederzeit schriftlich widerrufen werden)</small>	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein

Das Schreiben zur „**Informationspflicht der NDTSV Holsatia gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung**“ und den **Satzungsauszug** habe(n) ich/wir bei Aushändigung des Aufnahmeantrags erhalten.

Die **Kündigung** muss schriftlich spätestens vier Wochen zum Quartalsende dem Vorstand vorliegen.

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)</b>	<b>Eingangsvermerk Geschäftsstelle/Vorstand</b>

**Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages:** (kann jederzeit schriftlich widerrufen werden)

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag vierteljährlich jeweils zum 01.02., 01.05., 01.08. und 01.11. des Jahres von meinem Konto abgerufen wird. Sollte der 01. auf ein Wochenende oder einen Feiertag fallen, wird am darauf folgenden Werktag abgerufen. Für die notwendige Deckung trage ich Sorge. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Nichteinlösung das Einzugsverfahren eingestellt wird. Anfallende Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten. (bei „Ja“ bitte das rückseitige SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

- Ja
- Nein



## SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers  
**NDTSV Holsatia v. 1887 e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers  
**Strohredder 17, 24149 Kiel**

Gläubiger -Identifikationsnummer  
**DE72ZZZ00000660795**

Mandatsreferenznummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)  
**Ihre Mitgliedsnummer**

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

By signing this mandate form, you authorise the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above)

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.

Zahlungsart

**.X. Wiederkehrende Zahlung**  
Recurrent payment

**.... Einmalige Zahlung**  
One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor address.

Land / Country

IBAN des Zahlungspflichtigen / IBAN of the debtor

DE

BIC

Ort / Location

Datum / Date

Unterschrift des Kontoinhabers / Signature of the debtor