

# Beitrittserklärung

Neuanmeldung

Ummeldung zum \_\_\_\_\_  
Datum

Mitarbeiter der KSK GP:  Ja  Nein

Sparte(n): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

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

Ich habe die Satzung und das Merkblatt Versicherungen – <https://www.sc-filstal.de/sc-filstal-1/> – gelesen und mich über den zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag informiert.

Ich habe die Datenschutzerklärung – <https://www.sc-filstal.de/j/privacy> – gelesen und willige ein, dass der SC Filstal e. V. die in dieser Erklärung und dem SEPA-Lastschriftsmandat angegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Mitgliedschaft im SC Filstal e. V. verarbeitet.

Einzelmitgliedschaft Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

Familienmitgliedschaft

Partner: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

Kind 1: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_

Kind 2: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Göppingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mitglied

unter 18: gesetzlicher Vertreter

**Bitte wenden und SEPA-Lastschriftsmandat ausfüllen**

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sportclub Filstal e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Marktstraße 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

73033 Göppingen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Sportclub Filstal e. V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Sportclub Filstal 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 verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Sportclub Filstal e. V.** 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 **Sportclub Filstal e. V.**.

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 / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: