

## FSA-CLUB – MITGLIEDERANTRAG (Dokument 01)

Betreiber / Anbieter

Unternehmen / Betreiber

Vertretungsberechtigt (Name)

Adresse

E-Mail

Webseite

### 1. Antragsteller (Mitglied)

Vorname / Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

## 2. Mitgliedschaft

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den FSA-Club.

- Jahresbeitrag: 60,00 € (entspricht rechnerisch 5,00 € pro Monat)
- Laufzeit: 12 Monate
- Beginn der Mitgliedschaft

- Mitgliedsnummer (falls vorhanden)

## 3. Zahlungsweg

Zahlungsart (z. B. Überweisung/Rechnung/...)

Zahlungsreferenz / Verwendungszweck

## 4. Empfehlung (optional)

Wer hat mich empfohlen? (Name / Mitgliedsnummer)

## 5. Bestätigungen (bitte ankreuzen)

- ☐ Ich habe die Club-Dokumente zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese (Clubsatzung, Hausordnung, AGB, Haftungsausschluss, Belohnungssystem-Erklärung, Widerruf).
- ☐ Ich bestätige, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für die Mitgliedschaft erforderlichen Daten verarbeitet werden dürfen.

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass die Mitgliedschaft 12 Monate läuft und sich anschließend gemäß den AGB verlängern kann, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied