

Mitgliedsnummer:

.....  
(wird vom Verein ausgefüllt)

# DC Kirrberg e.V. Darts Club

## Mitgliedsantrag



### Angaben zum Mitglied: (Pro Mitglied ein Formular)

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

E-Mail

Geschlecht:



männlich



weiblich

- ☐ Erwachsene (über 18 Jahre)
- ☐ Kinder/Jugendliche (bis 18 Jahre)
- ☐ Familienmitglied

(Bitte nur ein Feld ankreuzen!)

WhatsApp Gruppe:

☐ Ja

#### Hinweise:

Durch seine/ihre Unterschrift erklärt der Antragsteller, stellvertretend bei unter 18jährigen für ihn der/die Erziehungsberechtigte/n, seinen Beitritt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Satzung und Ordnungen, insbesondere zur pünktlichen Bezahlung des Vereinsbeitrages und Unterstützung der Vereinsziele. Die Satzung finden Sie auf der Folgeseite, dieses Antrags.

Änderungen bezüglich der Adress- oder Kontodaten sind unverzüglich dem Verein mitzuteilen.

#### Austritt / Kündigung:

Der Austritt aus dem Verein ist nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Vorstand jederzeit möglich. Der Austritt erfolgt mit sofortiger Wirkung. Bereits gezahlte Beiträge für das bereits gezahlte Kalenderjahr werden nicht rückerstattet.

#### Datenspeicherung:

Das Mitglied und der Zahlungspflichtige sind damit einverstanden, dass ihre Daten per EDV gespeichert werden. Der Verein wird die Daten ausschließlich im Rahmen der Vereinsverwaltung verwenden und nicht an Dritte weitergeben.

Zudem räume ich dem "DC Kirrberg e.V." die Rechte an Bild und Ton bezüglich Presse-/Social Media und Vereinsfotos ein.

#### Unfall-Versicherung:

Als aktiver Spieler ist das Mitglied in einer Sportunfallversicherung durch den Landessportbund versichert und gemeldet. Diese Versicherung kann jedoch nur in Anspruch genommen werden, wenn der laufende Vereinsbeitrag bezahlt wurde. Einfache Mitglieder bzw. ohne Meldung als aktiver Spieler beim Landessportbund besteht KEIN Versicherungsschutz in der Sportunfallversicherung.

#### Fälligkeit:

Die Fälligkeit des Mitgliedsbeitrages besteht zum 15.01. jeden Jahres. (Jahresbeitrag)

#### Familienmitglieder:

Für jedes weitere Familienmitglied, ist ein Anmeldeformular notwendig. Die Einzugsermächtigung ist lediglich von der beitragszahlenden Person auszufüllen.

#### Beitrag:

Erwachsene über 18 Jahren	40,00 € jährlich
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	25,00 € jährlich
Familienmitglieder	60,00 € jährlich
(inkl. aller im Haushalt lebenden Personen)	

#### Kontakt:

- Vorsitzender:** Markus Didion | markus.didion@dckirrberg.de
- Vorsitzender:** Torsten Kratz | torsten.kratz@dckirrberg.de
- Kassenwart:** Nadine Tobi-Kratz | nadine.tobi-kratz@dckirrberg.de

### Unterschrift Mitgliedsantrag:

Ort, Datum

Unterschrift

#### Nur bei minderjährigen Antragstellern ausfüllen:

Als Erziehungsberechtigte (r) des minderjährigen Antragstellers erkläre (n) ich (wir) hiermit meine (unsere) Zustimmung zum Vereinseintritt des Antragstellers. Durch meine (unsere) Unterschrift (en) bestätige (n) ich (wir), dass mir (uns) die Satzung des DC Kirrberg e.V. bekannt ist und ich (wir) mit deren Inhalt, insbesondere mit den Vereinszielen, einverstanden bin (sind).

Ort, Datum

Telefonnummer/n

Unterschrift/en

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

**Zahlungsart:**

☐

Wiederkehrende Zahlung

☐

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.