Aufnahmeantrag

in den Sportverein Stadtwerke München e.V.
vormals Straßenbahn - Sportverein gegründet 1926

Sportverein Stadtwerke München e.V.
Lauensteinstraße 9
81549 München

Tel.: 089/6 89 11 11
Fax: 089/60 06 28 10
E-Mail: ssm1926@mnet-mail.de

Geschäftszeit der Geschäftsstelle:
Do. 17.00 – 19.00 Uhr

Bitte leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen.

Abteilung

E-Mail Mitglied

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon privat

mobil

dienstlich

Geburtsdatum

Beitrittsdatum

Geschlecht ☐ w ☐ m

Mitgliedschaft ☐ aktiv ☐ passiv

Arbeitgeber ☐ Werke ☐ Stadt/Staat ☐ Privat

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Sportverein Stadtwerke München e.V. und erkläre mein Einverständnis, dass der Verein meine Daten entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für die Vereinszwecke speichert und verwendet.

Datum

Unterschrift Antragsteller
(bzw. Erziehungsberechtigter)

Name/Unterschrift Abteilung

Auf Verlangen wird die Satzung des SSM ausgehändigt. Der Austritt aus dem Verein ist insbesondere unter Einhaltung der Kündigungsfrist von einem Monat zum Jahresende zu erklären.

Abteilung bitte auf der Rückseite vermerken, wie das neue Mitglied auf den Verein aufmerksam wurde.

Diese Felder werden von der Geschäftsstelle ausgefüllt.

Mitgliedsnummer

EDV erfasst am

Unterschrift

Stand 01/2014, Änderungen der Daten bitte umgehend der Geschäftsstelle mitteilen.

Zahlungsempfänger: SV Stadtwerke München e.V.
Lauensteinstraße 9
81549 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24 ___ ___ ___ 00000415958*
(die Stellen 5-7 in der Gläubiger-ID sind durch die aufnehmende Abteilung zu ergänzen!)

___ ___ ___ ___ ___
Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)
(wird durch die Geschäftsstelle ergänzt und separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige den SV Stadtwerke München e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom SV Stadtwerke München e.V. auf mein Konto 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.

Name _____ Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl ___ ___ ___ ___ ___ Wohnort _____

DE ___
IBAN

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
BIC (8 oder 11 Stellen)

Kontoführendes Institut _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Nur bei minderjährigen Mitgliedern

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Name _____ Vorname _____