



udfyldes i blokskrift / Ausfüllen in Blockschrift

Antrag auf Mitgliedschaft - Ansøgning om medlemskab

Nachname/Efternavn:

Vorname/Fornavn:

Postleitzahl/Wohnort: Postnr./By

Straße/Hausnummer: Gade/Nr.

Geburtsdatum/Fødselsdag:

Geschlecht/køn: männlich/mandlig weiblich/kvindelig

Tel.Nr: mobil: email:

Dansk Skole / børnehave - Dänische Schule / Kindergarten: ja nein/nej

Erziehungsberechtigte/Forældre:

Abteilung / afdeling:

Handball/Håndbold Fußball/Fodbold Boxen/Boksning

Judo Gymnastik Sambo Fördernd/passiv

- Hiermit erkenne ich die Vereinssatzung und Beitragsordnung als verbindlich an.
Hermed godkender jeg foreningens vedtægter og bidragsordning (homepage/ opslag).
- Ich bin mit der Speicherung / Verwendung meiner persönlichen Daten für Vereinszwecke im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einverstanden.
Jeg er indforstået med, at foreningen opbevarer og benytter mine personlige data alene til internt brug i henhold til "Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)".
- Die Kündigung der Mitgliedschaft ist dem Vorstand schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende mitzuteilen.
Udmeldelse kan kun ske skriftlig med 4 ugers frist ved kvartalets slutning.
- Die Beitrittserklärung ist nur mit erteiltem SEPA-Basis-Lastschriftmandat gültig.
Indmeldelsesblanketen er kun gyldigt med udfyldt SEPA-Basis-Mandat.
- Ich stimme Veröffentlichungen von Bildmedien aus Training und Wettbewerb zu.
Jeg tillader offentliggørelsen af billedemedier fra træningen og kampe

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigte



udfyldes i blokskrift / Ausfüllen in Blockschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung

Zahlungsempfänger: IF Stjernen Flensburg e.V. - Brahmsstr. 6 - 24943 Flensburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26IFS00000744170

Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer - wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, die einmalige Aufnahmegebühr, den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag und ggf. Spartenbeiträge entsprechend aktueller Beitragsordnung mittels SEPA-Basis-Lastschriftmandat von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die durch den Verein von meinem 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.

Kontoinhaber:

Vorname, Name: _____

Straße, HNr. : _____

Postleitzahl, Ort: _____

Bank: _____

Konto-Nr.: _____

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: ____ | __ | __ | ____

Die Beitragszahlung soll erfolgen: halbjährlich vierteljährlich

Dieses Lastschriftmandat gilt ebenfalls für die Mitgliedschaft(en) von:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Ich bitte ausdrücklich um Rechnungsgestellung:

Mit Rechnungsgestellung wird automatisch eine Bearbeitungsgebühr entsprechend der aktuellen Beitragsordnung erhoben.

aufgenommen / optaget: _____

Vorstand / bestyrelse

Mitglieds-/ Mandats Nr.: