

# SV Altlüdersdorf e.V.

gegründet 1926



SV Altlüdersdorf e.V.  
Gasse 17a  
16775 Gransee-Altlüdersdorf

## Mitgliedsantrag

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtstag : \_\_\_\_\_ Geburtsort\*: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf\*: \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Sportverein Altlüdersdorf e.V. als:

- |                   |                   |                          |                             |                   |                          |
|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Jugendmitglied    | 70,00 EUR jährl.  | <input type="checkbox"/> | Aktives Mitglied            | 140,00 EUR jährl. | <input type="checkbox"/> |
| Passives Mitglied | 70,00 EUR jährl.  | <input type="checkbox"/> | Aktives Mitglied (ermäßigt) | 70,00 EUR jährl.  | <input type="checkbox"/> |
| Fördermitglied    | 140,00 EUR jährl. | <input type="checkbox"/> |                             |                   |                          |

Mit der Unterschrift erkennt der Antragsteller die gültige Satzung des SV Altlüdersdorf e.V. an. Einsichtnahme ist über die Internetseite oder im Sportlerheim Altlüdersdorf möglich. Die Mitgliedsbeiträge sind satzungsgemäß bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres auf folgendes Konto zu überweisen:

**Mittelbrandenburgische Sparkasse**  
**IBAN: DE63160500003751006299**  
**BIC: WELADED1PMB**

Bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates reduziert sich der Jahresbeitrag um 5,00 EUR. Die Beiträge werden zum 31.03 des laufenden Kalenderjahres abgebucht.

### Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung nach der DSGVO

**Ich willige ein, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten durch den SV Altlüdersdorf auf freiwilliger Basis erfolgt und jederzeit widerrufen werden kann.**

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung erfolgt durch die von Ihnen erteilte Einwilligung und zur Wahrung berechtigter Interessen (z.B. zur Ausführung von Verträgen oder zur Erfüllung von Ihnen gestellter Anträgen).

..... den, .....

Ort / Datum

.....  
Unterschrift

Vorsitzender:  
Fritz Müller  
Gasse 17a  
16775 Gransee-Altlüdersdorf  
Tel.: 03306/213050  
Fax: 03306/7960831

Clubheim:  
Gasse 17a  
16775 Gransee-Altlüdersdorf

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN: DE63160500003751006299  
BIC: WELADED1PMB

Amtsgericht Neuruppin  
VR 3203  
Verains.-Nr. beim LSB 65038

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Sportverein Altlüdersdorf e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Gasse 17

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

16775 Gransee

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE32ZZZ00002298972

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

Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Sportverein Altlüdersdorf e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Sportverein Altlüdersdorf 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 **Sportverein Altlüdersdorf 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 **Sportverein Altlüdersdorf 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:**