



PSF
Paraschwimmen
Frankfurt e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein
Paraschwimmen Frankfurt e.V.
Gustav-Freytag-Str. 27, 60320 Frankfurt am Main
E-Mail: info@paraschwimmen-frankfurt.de
Vereinsnummer: VR 17239

Name:	Telefon:
Vorname:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Art der Behinderung: (Angabe freiwillig)
Adresse	PLZ, Ort:
Name Erziehungsberechtigter: (wenn nötig)	
Art der Mitgliedschaft:	Fördermitglied Vereinsmitglied Schwimmtraining für Mitglieder Schnuppertraining für Nichtmitglieder (8er Karte) ACHTUNG- HIERFÜR MUSS MAN DANN KEIN MITGLIED WERDEN

Mit meinem Eintritt erkenne ich die gültige Vereinssatzung, Beitrags- und Gebührenordnung und eventuelle Zusatzbeiträge (z.B. Trainings- und Wettkampfpauschale) des Vereins als verbindlich an. Insbesondere ist mir bekannt, dass ein Austritt aus dem Verein nur zum Ende eines Jahres folgen kann und schriftlich gegenüber des Vereins bis spätestens 30. September eines Jahres erklärt werden muß.

Datenschutz

Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags wird der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten für die Zwecke der ordnungsgemäßen Führung, gemäß der Datenschutzverordnung des Vereins zugestimmt.

Es wird bestätigt, dass keine Einwände gegen die Veröffentlichung von Namen und Fotos im Rahmen des Vereins bestehen.

Ich akzeptiere mit meiner Unterschrift die jeweils gültige Satzung und Beitragsordnung des Paraschwimmen Frankfurt e.V. Vollständige Beitragsordnung finden Sie unter
<https://www.paraschwimmen-frankfurt.de/mitmachen/gebuehren-u-beitraege>

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Paraschwimmen Frankfurt e.V.
Glaebiger Identifikationsnummer DE73ZZZ00002721154
IBAN: DE31 5005 0201 0200 8152 88
BIC: HELADEF1822

Ich ermächtige (wir ermächtigen) den Paraschwimmen Frankfurt e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Paraschwimmen Frankfurt 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. Eine Neumitgliedschaft wird nur begründet, wenn eine Lastschriftermächtigung für den Mitgliedsbeitrag erteilt wird.

Kontoinhaber:

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Wiederkehrend Einmalig

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift