

# Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den Heidgrabener Sportverein v. 1949 e.V. und erkenne die Satzung in der jeweils gültigen Fassung an.  
Gemäß §16 der Satzung werden unter Berücksichtigung der jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) nach §13 Personenbezogene Daten erfasst. **Datenschutzerklärung unter [www.heidgrabener-sv.de](http://www.heidgrabener-sv.de).**

Der Austritt aus dem Heidgrabener Sportverein ist zum 30.06. und zum 31.12. mit einer Kündigungsfrist von 2 Monaten möglich. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Die jeweils gültige Satzung, Mitgliedsbeiträge sowie anfallende Zusatzbeiträge sind in der Geschäftsstelle und auf der Homepage des Vereins einzusehen.



Heidgrabener Sportverein  
v. 1949 e.V.  
Uetersener Straße 3a  
25436 Heidgraben  
Telefon: 04122-967503  
Telefax: 04122-9275640  
E-Mail:  
[vorstand@heidgrabener-sv.de](mailto:vorstand@heidgrabener-sv.de)

Beginn der Mitgliedschaft: 01.

Mitgliedschaft: **aktiv** ☐ **passiv:** ☐  
Zahlungsweise: **jährlich** ☐ **halbjährlich:** ☐  
Familienbeitrag gewünscht: ☐

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Familienmitglieder/Kinder im Verein: \_\_\_\_\_

Ich möchte in folgenden Abteilungen mitwirken (bitte ankreuzen):

**Fußball:** ☐ **Leichtathletik:** ☐ **Tanzen:** (Erwachsene) ☐ **Tischtennis:** ☐  
**Turnen:** ☐ **Volleyball:** ☐ **Tennis:** ☐

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ bei Minderjährigen die Unterschriften

**Bitte das SEPA-Mandat pro Mitglied immer vollständig ausfüllen.**

Ermächtigung zum Einzug der Vereinsbeiträge mittels SEPA-Lastschriftmandat:

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Heidgrabener Sportverein v. 1949 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Heidgrabener Sportverein v. 1949 e.V. (Gläubiger-ID DE66ZZZ00000277074) 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 des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Heidgraben, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_