Polizeisportverein Olympia Berlin e.V.

Abt. Sportschießen Adlershofer Füchse

PSV Olympia Berlin e.V.
Abt. Sportschießen "Adlershofer Füchse"
Kirschweg 23
12524 Berlin

Telefon: +49 (030) 63104385
www.adlershoferfuechse.de

Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Disziplin: _____

Straße: _____ PLZ: _____

Telefon: _____ Wohnort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Mitglied ab: _____ T-Shirt Größe: 152, 164, S, M, L,
XL, XXL, XXXL, (…..)

Die Satzung und die Finanzordnung des PSV Olympia Berlin e.V. erkenne ich an. Ich bin einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für Vereinsmaßnahmen verwendet werden. Die Kündigungsfrist lt. Satzung beträgt 3 Monate zum Ende des Jahres oder Halbjahres.

Mein(e) Foto(s) darf für Vereinszwecke in den Medien veröffentlich werden: Ja ( ) Nein ( )

Ort/Datum: …….. Unterschrift: …….

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mein(e) Tochter/Sohn am Sportschießen teilnehmen darf. (Für Antragsteller jünger als 18 Jahre)

Ort/Datum: …….. Unterschrift: ……
(Erziehungsberechtigte(r))

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Lastschrifteinzugsverfahren auf der Rückseite bitte ausfüllen!

Bearbeitungsvermerke:

Eingang: ……... Kenntnisnahmen: Vorstand: …….

T-Shirt erhalten am: …… Sportwart: …….

Art der Beitragszahlung: …… Kassenwart: …….

Meldung SVBB am: .....

Lastschrifteinzug

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE33SCH00000310260**

Ich ermächtige den PSV Olympia Berlin e.V., Abtl. Sportschießen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PSV Olympia Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Beitrittsgebühr: **....., ... €**

Beitrag ab: (M/J) **__/__** **....., ... €**

Sportgerätenutzung ab: (M/J) **__/__ 5,00 €** (regelmäßige Nutzung von Leihgeräten)

Versicherungsbeitrag ab: (J) **20__ ....., ... €** (die Beitragshöhe wird durch Beschluss der

Mitgliederversammlung des SVBB geregelt)

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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Hierbei anfallende Rücklastschriftgebühren gehen zu Lasten des Kontoinhabers, 10€ pro Rücklastschrift inkl. Bankgebühren.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
PLZ und Ort

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Mitglied: _____
Vorname und Name

Bearbeitungsvermerk:

Mandatsreferenz: _ _ _ _ _ _