

# Mitgliedsantrag

## Schwimmverein Horst 1919 e.V.



### ABTEILUNG

Schwimmen       Wassergymnastik       Fußball       Volleyball

### PERSONENDATEN

Geschlecht        männlich        weiblich

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	Nr.	_____
PLZ	_____	Ort	_____
Telefon	_____	Mobiltelefon	_____
E-Mail	_____	Nationalität	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Eintritt (Datum)	_____		

### BEI FAMILIENBEITRITT (auch bereits angemeldete Mitglieder sind anzugeben)

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____

### MITGLIEDSBEITRAG

Der Jahresbeitrag wird im **April** eines jeden Jahres im Voraus eingezogen. Bei Eintritt während des Jahres erfolgt die Beitragsberechnung anteilig.

**Bitte beachten Sie das SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite.**

Mit meinem Antrag erkenne ich die Satzung des SV Horst 1919 e.V. an. Eine Kündigung ist nur schriftlich beim Vorstand mit **dreimonatiger** Kündigungsfrist zum Jahresende möglich. Die rechtsgültige Kündigung bedarf der Bestätigung vom Vorstand.

#### Abgrenzung der Aufsichtspflicht:

Mir ist bekannt, dass sich die Aufsichtspflicht der Trainer und Übungsleiter ausschließlich auf den Bereich der Schwimmhalle bezieht. Für alle anderen Räume wie Duschen, Toiletten, Umkleidekabinen usw. sind die Erziehungsberechtigten bzw. die Schwimmer selbst verantwortlich. Ich bestätige, dass ich, bzw. mein Kind, sportgesund sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

# ■ SEPA-Lastschriftmandat

Schwimmverein Horst 1919 e.V.

## INFORMATION

---

Gläubiger-Identifikationsnummer      **DE10SVH00000596339**  
Mandatsreferenz                              **(wird separat mitgeteilt)**  
Zahlungsart                                      **Wiederkehrende Zahlung**

Ich ermächtige den Schwimmverein SV Horst 1919 e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwimmverein SV Horst 19 e.V. 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.

## DATEN DES KONTOINHABERS

---

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	Nr.	_____
PLZ	_____	Ort	_____

Kreditinstitut (Name und BIC) \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**oder**

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift