

# Beitrittserklärung



Wallenreute 2 ♦ 88326 Aulendorf  
Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE72ZZZ00000384539  
IBAN: DE79 6006 9303 0042 4760 03  
BIC: GENODES1RBS

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Pferdesportverein Aulendorf e.V. und erkenne die aktuell gültige Vereinssatzung an. Zugleich gebe ich die Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1b DS-GVO zur Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

Bitte vollständig ausfüllen und ankreuzen:

Vorname:\*) \_\_\_\_\_ Geschlecht: \*)  
Name:\*) \_\_\_\_\_  männlich  
Straße:\*) \_\_\_\_\_  weiblich  
PLZ/Ort:\*) \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:\*) \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Aufnahme als \*)

- Jungdliches 20 €  
 Erwachsenen 45 €  
 Passives 20 €

## Mitglied

Vereinsinformationen bitte per E-Mail  oder Post

\*) Pflichtangaben

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos bzw. in Texten genannte Namen von mir bzw. meines Kindes, die im Rahmen des Übungsbetriebes und auf Veranstaltungen entstehen, zur Öffentlichkeitsarbeit in den Medien (Homepage, Zeitungen, etc.) veröffentlicht werden dürfen.

Aulendorf, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Bei Antragstellern unter 18 Jahren ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Kündigung schriftlich bis 15. November des Jahres für das Folgejahr an:

PSV Aulendorf e.V., Wallenreute 2, 88326 Aulendorf oder per Mail an [kassierer@psv-aulendorf.de](mailto:kassierer@psv-aulendorf.de) !

Der Mitgliedsbeitrag des Pferdesportvereins Aulendorf wird durch SEPA-Lastschrift beglichen und wird jedes Jahr am 3. Arbeitstag des Monats Februar eingezogen.

**Füllen Sie daher die - jederzeit widerrufbare - Einzugsermächtigung aus:**

### Einzugsermächtigung für SEPA-Lastschriftmandat:\*)

Ich ermächtige den Pferdesportverein Aulendorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Pferdesportverein Aulendorf e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name + BIC) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers