



# Mitgliedsantrag FC Viktoria Backnang e.V.



Jahresbeitrag<sup>1</sup> ab 1.1.24 | Kinder/Jugendliche | Azubis/Studenten/Rentner | Erwachsene | Ehepaare | Familie  
 48 € |  62 € |  90 € |  120 € |  120 €

Bitte oben ankreuzen - <sup>1</sup> Diese Beträge dienen der Orientierung. Maßgebend ist immer die Beitragsordnung<sup>2</sup>-Nachweis erforderlich -

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mit meiner/unserer Unterschrift erkenne/n ich/wir die Vereinssatzung (einzusehen auf [www.viktoria-backnang.de](http://www.viktoria-backnang.de)), die Beitragsordnung und die beigefügte Datenschutzerklärung an.

Hiermit erteile ich die Einwilligung nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung, dass meine Daten für Vereinszwecke gespeichert und verarbeitet werden und an die Verbandsorganisationen (z.B. WFV, DFB) weitergegeben werden, soweit dies für die Spielberechtigung (z.B. Spielerpass) erforderlich ist und bestätige von der beigefügten Datenschutzerklärung Kenntnis genommen zu haben.

Bei Teilnahme am Training oder Spielbetrieb wird die vorherige sportärztliche Untersuchung vorausgesetzt. Hierfür sind ggf. die Erziehungsberechtigten verantwortlich.

Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass die Beendigung der Mitgliedschaft nur zum 31.12. des Jahres möglich ist. Voraussetzung für die Rechtswirksamkeit ist die schriftliche Kündigung, die 3 Monate vorher (am 30.9.) der Mitgliederverwaltung vorliegen muss.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE44ZZZ00000650047 – Mandatnr. = Mitgliedsnummer. Ich ermächtige den FC Viktoria Backnang e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FC Viktoria Backnang 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. Dieses Mandat gilt bis auf Widerruf für alle folgenden Lastschriften.

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

## Interne Vermerke

Eingetreten am: \_\_\_\_\_ Ausgetreten am: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Bemerkungen: \_\_\_\_\_