

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den SeniorenComputerClub Alzenau e.V.

zum:

[TT.MM.JJJJ]

Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Geburtstag:	<input type="text"/>		[TT.MM.JJJJ]

Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Handy:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des SCC Alzenau an und erkläre mein Einverständnis, dass meine Daten vereinsintern verwendet werden können. Meine personenbezogenen Angaben werden vom SSC Alzenau mittels EDV gespeichert und verarbeitet, wobei die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet werden. Bei den Schulungen mit Microsoft-Produkten, bin ich damit einverstanden, dass die Datenschutzbestimmungen von Microsoft zur Anwendung kommen (siehe dazu: Datenschutzordnung des SCC SeniorenComputerClub Alzenau e. V. einschließlich der Ergänzungen).

Ich bin damit einverstanden, dass die einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 60,00 € und der Jahresbeitrag von 36,00 € bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden.

Bitte um Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines Lastschriftmandats auf der Rückseite des Formulars.

, den
[Ort] [TT.MM.JJJJ]

.....
[Unterschrift]

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:
SeniorenComputerClub Alzenau e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:
SCC-Alzenau, z. Hd. Dietrich Mecke, Bernhardstraße 9, 63755 Alzenau
oder **Email: dietrich.mecke@t-online.de**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35 ZZZ0 0000 1380 49

Mandatsreferenz:
(Mitgl.Nr. wird vom Schatzmeister ausgefüllt)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige

(A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

(B) Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC:

Ort: Datum:

[TT.MM.JJJJ]

Unterschrift des Zahlungspflichtigen:
[Kontoinhaber]