



Polizei Sportverein Flensburg e.V.

Polizei-Sportverein Flensburg e.V., Westerallee 49, 24937 Flensburg,
Telefon: (0461) 5 19 90 Telefax: (0461) 58 13 09, E-mail: info@psv-flensburg.de

Aufnahmeantrag (Polizei-Sportverein Flensburg e.V.)

Vorname _____ Nachname _____
geboren am _____ Geschlecht: männlich weiblich divers
PLZ _____ Ort _____ Straße _____
(bei Minderjährigen) Erziehungsberechtigter _____
Telefon _____ **E-Mail:** _____
gewünschte Sportart(en): _____

Nur für Fußball wichtig!

Ich war zuletzt Mitglied bei: _____, dort ausgetreten: _____

Schwerbehinderte: Ggf. Grad der Behinderung: _____
(Nachweis bitte beifügen! Beitragsermäßigung möglich!)

**Bei Erwachsenen, die noch Schüler, Auszubildende, Studenten, Inhaber eines Sozialpasses o.ä sind, ist der Nachweis beizufügen.
(Einstufung nach Jugendtarif möglich)**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und ggf. mein Bild (bei Gruppenaufnahmen im Sportbetrieb/Einzelfoto) in unserer Vereinszeitung/unser Internet-ggf. Facebookseiten im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit abgedruckt werden könnten. Ja: Nein:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich. Diese verbürgen sich selbstschuldnerisch für die während der Minderjährigkeit entstehenden Zahlungsverpflichtungen des Mitglieds.

Die auf der Internetseite des Vereines veröffentlichten Informationspflicht gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

**Empfänger: Polizei-Sportverein Flensburg e.V., Westerallee 49 24937 Flensburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000079155
Mandatsreferenz: (Ihre zukünftige Mitgliedsnummer des PSV Flensburg)**

Hiermit ermächtige ich den Polizei-Sportverein e.V., den monatlichen Mitgliedsbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr von einem Monatsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Polizei-Sportverein 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Name des Kontoinhabers _____

Datum: _____ Unterschrift: _____