



# SV Pfaffenhofen 1949 e.V.

**Ballsport**

**Fussball**

**Gymnastik**

**Theater**

Hiermit beantrage ich den Familienbeitrag in Höhe von 210 € jährlich ab \_\_\_\_\_

**Antragsteller**

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

**Familienmitglieder:** *Vorname, Nachname, Geburtsdatum*

Vollmitglied: \_\_\_\_\_

Anschlussmitglied: \_\_\_\_\_

Kind, Jugendliche/r, Schüler/in, Student/in, Azubi: \_\_\_\_\_

Kind, Jugendliche/r, Schüler/in, Student/in, Azubi: \_\_\_\_\_

Kind, Jugendliche/r, Schüler/in, Student/in, Azubi: \_\_\_\_\_

Kind, Jugendliche/r, Schüler/in, Student/in, Azubi: \_\_\_\_\_

Der Antrag auf Familienbeitrag muss von den Erziehungsberechtigten gestellt und an die Vorstandschaft eingesendet werden. Für Schüler, Studierende und Azubis muss jährlich bis 30.11. des Vorjahres eine gültige Bescheinigung vorgelegt werden. Für jedes Mitglied muss ein separater Mitgliedsantrag ausgefüllt werden. Datenschutzhinweis: Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist. Der SV Pfaffenhofen e.V. sichert mir zu, meine personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Ich kann jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich meiner Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Verein oder den Verbänden gespeicherten Daten unrichtig sind.

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

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

**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften**

**Zahlungsempfänger:** SV Pfaffenhofen e.V., Tillystrasse 52, 91154 Roth - **Gläubiger-ID:** DE41ZZZ00000289164

**Kontoinhaber**

Vorname, Name

Adresse

IBAN

BIC

Ich/Wir ermächtige/n den SV Pfaffenhofen e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem SV Pfaffenhofen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber