



# Adlerhorst Stadtallendorf

## Mitgliedsantrag zum EFC Adlerhorst Stadtallendorf e.V.

### Du möchtest Mitglied werden im EFC Adlerhorst Stadtallendorf e.V.?

Dann fülle einfach diesen Mitgliedsantrag, Hinweis zur DSGVO und das angehängte SEPA-Mandat aus. Bitte ankreuzen welcher Mitgliedsbeitrag für dich geeignet ist. Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich (im März) eingezogen.

Bei einer Familienmitgliedschaft bitte die Namen sowie Geburtsdatum der Familienmitglieder angeben. Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail an: [info@adlerhorst-stadtallendorf.com](mailto:info@adlerhorst-stadtallendorf.com) schicken.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geworben von EFC-Mitglied: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft bei Eintracht Frankfurt  nein  ja EF-Nummer: \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag (monatlich) bitte ankreuzen

- |   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 18 Jahre | 2,00 € | <input type="checkbox"/> Erwachsener        | 3,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familie m. 2 Personen    | 4,50 € | <input type="checkbox"/> Familie ab 3 Pers. | 5,50 € |



Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter) \_\_\_\_\_

### Nur ausfüllen bei Familienmitgliedschaft

#### Familienmitglied 1:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Familienmitglied 2:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



# Adlerhorst Stadtallendorf

## Hinweis gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung

Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die im Mitgliedsantrag erhobenen personenbezogenen Daten im Verein ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeiten und nutzen darf.

Eine Übermittlung von Daten an Dritte innerhalb der Organisation findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Organisation findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

X

---

Datum

Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

## Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Filmaufnahmen

Ich willige ein, dass im Rahmen von Veranstaltungen angefertigte Foto- und Filmaufnahmen für Veröffentlichungen, Berichte, in Printmedien und auf der Internetseite des EFC Adlerhorst Stadtallendorf e.V. unentgeltlich verwendet werden dürfen.

Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahme an Dritte außerhalb der Organisation des Vereines ist unzulässig.

Diese Einwilligung ist freiwillig.

Sie kann jederzeit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

X

---

Datum

Unterschrift (bei minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

EFC Adlerhorst Stadtallendorf e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Wichernstraße 4

**Postleitzahl und Ort:**

35260 Stadtallendorf

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE09SGE00000437374

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

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

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.