

Antrag auf Aufnahme in den Pinneberger Schachclub von 1932 e.V.

Erwachsene

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Pinneberger Schachclub von 1932 e.V.

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Straße: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Telefon: _____ eMail: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 11,- pro Monat

Der Beitrag wird in zwei Raten zu **66,- €** jeweils zum **15. Februar** und zum **15. August** eines Jahres fällig. Die Beitragspflicht beginnt mit dem 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wird.

Ein **Austritt** ist zum 30.06. oder 31.12. eines Jahres möglich bei einer Kündigungsfrist von einem Monat.

Sind mehrere Familienangehörige Mitglied im Pinneberger Schachclub, so gewährt der Verein einen Beitragsrabatt (Familienbeitrag 13.75 € pro Monat für alle Angehörigen einer Familie). Schüler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose, Bürgergeld-Empfänger zahlen den halben Beitrag (**5,50,- €**).

Antrag halber Beitragssatz Grund: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.

Datenschutzerklärung: Der Verein erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet personenbezogene Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und zur Durchführung des Spielbetriebes mit Hilfe der EDV. Darüber hinaus ist der Verein berechtigt/verpflichtet zur Weitergabe von personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Nationalität) an den Hamburger Schachverband e.V. und an den Deutschen Schachbund e.V. Eine Weitergabe darüber hinaus an Dritte findet nicht statt.

Ich ermächtige den Pinneberger Schachclub, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen.

SEPA- Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000403332

Die Mandatsreferenznummer (Ihre IBAN Nr.) geht Ihnen schriftlich mit der Unterrichtung über den ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift durch den Zahlungsempfänger (Pinneberger Schachclub) zu.

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.

Name: _____ Vorname: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

bei: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.