



## Aufnahmeantrag für eine Mitgliedschaft im Sportverein Benediktushof Reken e. V.

Anschrift: Meisenweg 15, 48734 Reken  
Geschäftszeiten: Montag: 9:00 - 12:00 Uhr  
Dienstag: 8:00 - 11:00 Uhr  
Mittwoch: 15:00 - 18:00 Uhr  
Donnerstag: 15:00 - 18:00 Uhr  
Telefon: 02864/889-264  
Internet: [www.svb-reken.de](http://www.svb-reken.de)  
E-Mail: [sportverein-info@benediktushof.de](mailto:sportverein-info@benediktushof.de)  
Institutskennzeichen: 440 556 193  
Kontoverbindung: Volksbank in der Hohen Mark eG  
BIC: GENODEM1DLR  
IBAN: DE 10 4006 9709 1018 3074 00

### Hiermit beantrage ich:

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Geburtsdatum		
Telefon	Fax	E-Mail

ab dem \_\_\_\_\_ die Mitgliedschaft im Sportverein Benediktushof Reken e. V.

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Vereins an.

Eine Gebührenübersicht wurde mir ausgehändigt.

Die Mitgliedsbeiträge werden beim Vereinseintritt am letzten Tag des Folgemonats und im Folgejahr zum 25.1. jeden Jahres vom Konto des im Aufnahmeantrag genannten Kontoinhabers eingezogen. Ist dieser Tag kein Bankarbeitstag werden die Beiträge am folgenden Bankarbeitstag eingezogen. Ein gesondertes SEPA-Mandat liegt vor.

Mit der Speicherung, Übertragung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke bin ich einverstanden.

**Der Austritt aus dem Verein (Kündigung) kann schriftlich zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen erfolgen.**

Unterschrift Vereinsmitglied

Unterschrift gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen



Sportverein Benediktushof Reken e. V., Meisenweg 15, 48734 Reken

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 32 ZZZ 00000 182917  
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Sportverein Benediktushof Reken e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Sportverein Benediktushof Reken e. V. auf mein 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 (Kontoinhaber)	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Land	
IBAN	
BIC	
Name des Kreditinstituts	

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für alle Verträge von

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname