

Ich möchte Mitglied der Schlussakkord Rock Crew werden.**Beitrittserklärung als Vereinsmitglied des Schlussakkord Rock Crew e.V.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich und mit einer 3monatigen Frist zum 30.11. des jeweiligen Jahres möglich. Die in der Datenschutzordnung abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich darf als aktives Mitglied gemäß Vereinssatzung an Veranstaltungen des Schlussakkord Rock Crew e.V. teilnehmen. Änderungen der oben genannten Daten teile ich dem Verein umgehend mit.

Es wird eine einmalige Aufnahmegebühr von 20,- Euro sowie der Jahresbeitrag (20,- Euro für Erwachsene, bis 12 Jahren kostenfrei, von 13 – 17 Jahren 12,- Euro) erhoben. Der Vereinsbeitrag wird durch Lastschrift zum 01. Dezember im Voraus eingezogen. Vereinseintritte während des Jahres werden anteilig berechnet. Der Mitgliedsbeitrag ist dabei sofort fällig. Bei Rücklastschriften erhebt der Verein 5,00 EUR Rücklastschriftgebühr. Die Höhe des Mitgliedsbeitrages ist in der Beitragsordnung festgelegt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift/Unterschriften des <b>Antragstellers/der Antragstellerin</b> (bzw. der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen)

**Zahlungsmöglichkeiten:**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00002237402

Hiermit ermächtige/ ich/wir den Schlussakkord Rock Crew e.V. widerruflich, den Aufnahmebeitrag, den Mitgliedsbeitrag sowie etwaige weitere von der Mitgliederversammlung beschlossene Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachfolgend benannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	Kontoinhaber

**SEPA:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift/Unterschriften des <b>Kontoinhabers</b> (bzw. der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen)

Antrag angenommen:

Datum:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Vorstand	Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen)