MARIENBURGER SPORT-CLUB 1920 E.V.
SCHILLINGSROTTER STR. 99
50996 KÖLN
TELEFON: +49 221 353 942
SEKRETARIAT@
MSC-KOELN.DE
WWW.MSC-KOELN.DE

AUFNAHME**ANTRAG**

HIERMIT BEANTRAGE ICH MEINE AUFNAHME IN DEN MARIENBURGER SPORT-CLUB 1920 E.V. ALS

- (●) aktives Mitglied
- ( ) aktives Ehepaar
- ( ) inaktives Mitglied
- ( ) Jugendlicher unter 18 Jahren
- ( ) Auszubildender, Schüler oder Student von 18 bis 27 Jahren

IN FOLGENDEN **SPORTARTEN** (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

- [ ] Tennis
- [ ] Hockey
- [ ] Elternhockey

VORNAME *		NAME *	
STRASSE, NR. *		PLZ, ORT *	
GEBURTS-DATUM *		BERUF	
TEL. MOBIL*		TEL. FESTNETZ	
E-MAIL*			

- [ ] **HIERMIT ABONNIERE ICH DEN MSC-NEWSLETTER.**

ALS **PATEN** GEBE ICH FOLGENDE ZWEI ORDENTLICHE CLUBMITGLIEDER AN:

1. NAME		UNTER-SCHRIFT	
2. NAME		UNTER-SCHRIFT	

Der MSC wird im Laufe der Vereinszughörigkeit weitere Daten verarbeiten, z.B. über Mannschaftsfotos, Turnierteilnahmen, die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins oder das Platzbelegungssystem, s. unsere Datenschutzhinweise unter www.msc-koeln.de.

Sie können Ihre Einwilligung der Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bitte an den MSC über die o.g. Kontaktdaten.

DATUM * UNTERSCHRIFT *

(ANTRAGSTELLER BZW. GESETZLICHER VERTRETER)

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS:

Name des Zahlungsempfängers:
Marienburger Sport-Club 1920 e.V.
Schillingsrotter Str. 99
50996 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE07ZZZ00000596102

Der Verein akzeptiert aus Gründen der Reduzierung des Verwaltungsaufwandes nur das SEPA-Lastschriftmandat. Wir bitten Sie daher nachfolgend Ihre Bankdaten anzugeben.

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
- [ ] Einmalige Zahlung

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSPFLICHTIGEN (KONTOINHABER):

VORNAME *		NAME *	
STRASSE, NR. *		PLZ, ORT *	
IBAN *	DE	BIC *	DE
ORT *		DATUM *	
UNTER-SCHRIFT *			

*PFLICHTFELDER

FORMULAR DRUCKEN

#20230104@124058«