



**Schwäbischer
Albverein**

Ortsgruppe Wannweil



Beitrittserklärung

zur Skiabteilung des Schwäbischen Albvereins e. V. OG Wannweil

Ich erkläre hiermit den Beitritt zur Skiabteilung der Ortsgruppe Wannweil des Schwäbischen Albvereins e. V.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort

Tel.:

E-Mail:

☐ **Ordentliche Mitgliedschaft**

☐ **Familienmitgliedschaft**

Sind Sie bereits Mitglied beim SAV Wannweil?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Die Mitgliedschaft in der Skiabteilung erfordert zwingend die Mitgliedschaft im Schwäbischen Albverein e. V., Ortsgruppe Wannweil.

Für Jugendliche unter 18 Jahren:

Ich stimme dem Beitritt meines Sohnes/meiner Tochter zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Lastschriftinzug

Ich bin mit dem Einzug des Jahresbeitrags per Lastschrift von meinem Konto einverstanden.

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift

Ich erkläre unter Anerkennung der Satzung ab (Datum)¹meinen Beitritt zum

Schwäbischen Albverein e. V.

Familienname¹

Vorname¹

Straße, Hausnummer¹

Postleitzahl¹

Wohnort¹

Geburtsdatum¹

E-Mail¹

Geworben durch

Datum, Ort + Unterschrift aller Antragsteller bzw. der gesetzlichen Vertreter^{1*}

☐ Einzelmitgliedschaft

☐ Familienmitgliedschaft/(Ehe)Partner²

Geschlecht m ☐ w ☐ d ☐

Namen + Geb.-Datum der Familienmitglieder/Name des Partners

Mglnr. bei bestehender Mgltschaft des Partners

Gau	Ortsgruppe	Mitglieds-Nr.	Beitr.-gruppe	Eintritts-jahr
		[Gau hinterlegte Felder werden von der Ortsgruppe ausgefüllt]		

Zeitschrift erwünscht?

ja ☐

nein ☐

Gläubiger ID-Nr.

DE

SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat

Mandatreferenz = Mitglieds-Nr.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige den Schwäbischen Albverein e. V.,

Ortsgruppe

Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwäbischen Albverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

IBAN

BIC

Spende

Datum, Ort

Unterschrift Kontoinhaber

An den

Schwäbischen Albverein e. V.

Ortsgruppe:

*Wir machen auf unseren Datenschutzhinweis aufmerksam, den Sie mit dieser Beitrittskarte erhalten. Zusätzlich finden Sie diesen auch auf www.albverein.net/mitglied-werden. Ich bin mit der darin geregelten Verwendung meiner Daten einverstanden.