



# Ballspiel-Club Schwarz-Weiß 1919 Frankfurt/M. e.V.

Mitglied des Landessportbundes Hessen e.V. Nummer: 24031

Mitglied des Hessischen Fußball-Verband e.V. Nummer: 34024005

Sportanlage Rosegger: Telefon 069 / 56 16 31 - Vereinsheim: Telefon 069 / 560 38 98

Geschäftsstelle: c/o Gabriele Heil - Oberer Ornberg 12 - 60433 Frankfurt am Main

Telefon: 069 / 547 328 - E-Mail: geschaeftsstelle@bsc1919.de

## Aufnahmeantrag

Unter Anerkennung der monatlichen Mitgliedsbeiträge und der Vereinssatzung, beantrage ich hiermit die Mitgliedschaft beim BSC SW 1919.

Bitte leserlich  
schreiben!

Vorname:	Name:	Geburtsdatum:
Postleitzahl und Wohnort:	Straße und Haus-Nr.:	
Telefon:	Email:	Eintritt ab:

Die monatlichen Beiträge und die Aufnahmegebühr belaufen sich zurzeit wie folgt:

Senioren aktiv	Senioren passiv	Rentner	Jugendliche, Schüler, Studenten* und Auszubildende* (*mit Nachweis)	Familienbeitrag ab 3 Personen
13 EUR	10 EUR	6 EUR	10 EUR	24 EUR
<b>Die Aufnahmegebühr ist einmalig bei Abgabe des Aufnahmeantrages zu entrichten und beträgt 25 EUR.</b>				

Mir ist bekannt, dass bei Nichterfüllung der Beitragszahlungen die Spielgenehmigung erlischt (Einbehalten des Spielerpasses durch den Vorstand) und bei Fortdauer des Zustands die Mitgliedschaft im BSC SW 1919 seitens des Vereins gekündigt werden kann. Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten.

Frankfurt am Main,

Unterschrift:

Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters!

### ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Name und Anschrift des Zahlungsempfänger (Gläubiger): <b>Ballspiel-Club Schwarz-Weiß 1919 Frankfurt/M. e.V.</b> <b>Geschäftsstelle: Gabriele Heil, Oberer Ornberg 12, 60433 Frankfurt</b> Gläubiger Identifikationsnummer: <b>DE12ZZZ00000252341</b>	Mandatserferenz: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):  Zahlungsart: <b>wiederkehrend</b>
---	---

Ich ermächtige den BSC SW 1919 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Frankfurter Sparkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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

Bitte leserlich  
schreiben!

IBAN:	BIC:
Name der Bank:	
Vorname, Name und Anschrift des Kontoinhabers: (falls abweichend von den o.a. Daten des Mitglieds)	

Ich verpflichte mich, alle Änderungen in den persönlichen Daten, insbesondere Änderungen der Bankverbindung umgehend der Geschäftsstelle des BSC SW 1919 mitzuteilen. Wenn das angegebene Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die durch das Kreditinstitut gegebenenfalls erhobenen Gebühren können nicht mit den Mitgliedsbeiträgen verrechnet werden und sind selbst zu tragen.

Frankfurt am Main,

Unterschrift: