Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V.

Aufnameantrag

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	PLZ + Wohnort:
☎ privat:	☎ geschäftlich:
Telefax:	Mobiltelefon:
eMail:	Beruf:
früherer Verein:	Nationalität:
DWZ (nationale Wertungszahl)	FIDE-ID:

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V.

Eine Ausfertigung der Satzung in der derzeit gültigen Fassung habe ich erhalten. Die darin enthaltenen Bestimmungen erkenne ich an. Mit der Unterschrift verpflichte ich mich, den Jahresbeitrag von (zur Zeit) 50,-- € für Erwachsene bzw. von 25,-- € für Jugendliche, Studenten + Rentner jeweils im 1. Quartal zu bezahlen. Die Mitgliedschaft endet durch schriftlich erklärten Austritt zum Jahresende.

Die Teilnahme an Turnieren mit FIDE-Auswertung ist nur mit einer von der FIDE vergebenen FIDE-Identifikationsnummer möglich. Mit der Zuteilung einer FIDE-ID und der damit verbundenen Weitergabe von Name, Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht an die FIDE bin ich einverstanden,

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum : ______________________________ Unterschrift: ____________________________________
(Beide Erziehungsberechtigte bei Jugendlichen)

Aufgrund höherer Kosten und des erheblichen Mehraufwandes kann der Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V. den Beitragseinzug mittels Rechnung nicht mehr anbieten. Der Aufnahmeantrag muss zusammen mit der nachfolgenden Einzugsermächtigung dem für die Entscheidung über die Aufnahme zuständigen Vorstand vorgelegt werden.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schachklub Bietigheim-Bissingen e.V. 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.

Kontoführende Bank:

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC / SWIFT: | | | | | | | | | | | |

Name des Kontoinhabers:

Ort und Datum: ________________________ Unterschrift des Kontoinhabers: ________________________