

Boxclub Landau a. d. Isar 1962 e.V.  
Mitglied im Bayerischen Amateur Box Verband

<b>Mitglied</b>
Vorname: _____
Name: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

<b>Familienmitgliedschaft</b>
Folgende Familienmitglieder werden mit angemeldet:
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

## Einverständniserklärung:

- Ja, ich gebe meine Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich zu Vereinszwecken (gem. § 3 Abs. 2 BDSG).
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass Bilder von mir und meinen Familienmitgliedern für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden (z.B. Homepage, Facebook, Zeitung, usw.). Ich habe jedoch das Recht jederzeit dagegen zu protestieren, wenn ich dadurch meine Persönlichkeitsrechte oder die meiner Familienmitglieder verletzt sehe.
- Ja, ich habe die Vereinssatzung, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die Hausordnung gelesen und erkenne diese an.

## Hinweis:

- Der Beitrag richtet sich nach den Beitragssätzen gem. Vereinssatzung.
- Diese Vereinbarung verlängert sich automatisch um 12 Monate, wenn nicht **mindestens drei Monate vor dem Jahresende gekündigt wird (Kündigungsfrist)**. Die Kosten für die Rücklastschrift trägt das Mitglied.
- Bitte Änderungen von Anschrift, Bankverbindung etc. umgehend schriftlich bzw. per E-Mail mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ges. Vertreter bei Minderjährigen

## Bei Frauen und Mädchen:

Hiermit bestätige ich, dass ich nicht schwanger bin. Im Falle einer Schwangerschaft werde ich dies sofort dem Trainer und dem Vereinsvorstand mitteilen und weder am Training noch am aktiven Boxen teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ges. Vertreter bei Minderjährigen

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger

Box Club Landau a. d. Isar 1962 e.V. 94405 Landau  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001301463  
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name:

Anschrift:

IBAN:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen