



## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Raisdorfer Schachgemeinschaft von 1976. Ich werde mich stets nach der mir bekannten Satzung richten. Diese wurde mir ausgehändigt oder habe ich unter <http://raisdorfer-schachgemeinschaft.de/wp-content/uploads/2022/09/Satzung.pdf> zur Kenntnis genommen. Ebenfalls habe ich von der Datenschutzerklärung unter <http://raisdorfer-schachgemeinschaft.de/wp-content/uploads/2022/09/Datenschutz.pdf> Kenntnis genommen oder sie wurde mir ausgeteilt.

Name, Vorname	
Akademischer Titel	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Handynummer	
E-Mail Adresse	
Geburtsdatum u. -ort	
Nationalität	
Geschlecht	

- aktive Mitgliedschaft  
 passive Mitgliedschaft

(keine Berechtigung am Spielbetrieb, wie zum Beispiel Ligaspiele innerhalb einer Saison)

\_\_\_\_\_, den  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei Kindern und Jugendlichen:

Hiermit erkläre ich mich mit dem Beitritt meines Kindes zur Raisdorfer Schachgemeinschaft von 1976, inklusive der daraus resultierenden Zahlungen der Mitgliedsbeiträge, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):