



# VSG Darmstadt 1949 e.V.

## Verein für Sport und Gesundheit

Geschäftsstelle: Heimstättenweg 100, 64295 Darmstadt  
Telefon, Fax: 0 61 51 / 41 809, 0 61 51 / 30 77 644  
Mail, Internet: buero@vsg-da.de, www.vsg-darmstadt.de

### Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft beim VSG Darmstadt 1949 e.V.:

Vorname:	Nachname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Mail:	Mobil:

#### Art der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft soll zum  01.01.20\_\_  01.04.20\_\_  
 01.07.20\_\_  01.10.20\_\_ beginnen.

Ich möchte gemäß der Beitragsordnung in folgendem Mitgliedsbeitrag eingestuft werden:

- Erstmitglied (102,00 €/Jahr)  Partnermitglied (84,00 €/Jahr)  
 Jugendmitglied (66,00 €/Jahr)  Fördermitglied (72,00 €/Jahr)  
 Ich beantrage die Mitgliedschaft zum Sozialbetrag (48,00 €/Jahr)

#### Vereinbarung

Als Mitglied unterstütze ich den Verein und seine Ziele. Seine Satzung und Ordnungen sind für mich bindend. Der Verein hat für mich eine Unfall- und Wegeversicherung abgeschlossen.

Die Mitgliedschaft ist zum 31.12. eines Jahres kündbar und verlängert sich automatisch um 12 Monate, wenn sie nicht mit einer Frist von vier Wochen zum Jahresende gekündigt wird.

#### Datenschutzhinweis

Die im Rahmen meiner Mitgliedschaft und der Teilnahme am Rehabilitationssport erhobenen Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung meiner Mitgliedschaft vom Verein und den verbundenen Körperschaften erfasst bzw. verarbeitet und nicht an Dritte weiter gegeben.

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34 ZZZ 0000 0940 257

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den VSG Darmstadt 1949 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VSG Darmstadt 1949 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung gemäß der jeweils geltenden Beitragsordnung laut Satzung §8, Abs. 2 in vier Raten jeweils zum 01.02., 01.05., 01.08. und 01.11. eines Jahres.

Die Kosten für nicht einlösbare Lastschriften gehen zu meinen Lasten.

IBAN:	D	E																	
Name der Bank:										Kontoinhaber:									

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift