HOCKEY - CLUB SCHWEINFURT 1926 e.V.

Sportpark Hundertäcker - Albin-Kitzinger-Straße 6 - 97422 Schweinfurt

Telefon Clubheim: 09721/38018 - www.hockey-club-schweinfurt.de - E-Mail: info@hockey-club-schweinfurt.de

Bankverbindung: IBAN: DE63793501010000010413 - BIC: BYLADEM1KSW - Steuernummer: 249/110/70703

Aufnahmeantrag

Geschlecht: ❒ männlich ❒ weiblich	
Vorname:	Name:
Straße:	PLZ, Ort:
Geburtstag:	Telefon Festnetz:
Mobiltelefon:	E-Mail:

beabsichtigt dem Hockey-Club Schweinfurt 1926 e.V. am: _____

❒ als Einzelmitglied

❒ im Familienbeitrag* mit: _____ beizutreten.

(*Nur mit mindestens einem Erwachsenen möglich; für jedes Familienmitglied ist ein eigener Aufnahmeantrag auszufüllen)

❒ Kopie Geburtsurkunde und ❒ Passfoto liegt bei (nur für Spielerpassbestellung)

Das Clubmitglied wurde geworben von: _____

Wie haben Sie vom Hockey-Club erfahren? ❒ Freunde / Bekannte ❒ Soziale Medien ❒ Aushänge ❒ Schule ❒ Veranstaltungen am Club ❒ Kinderarzt

- Mit dem Eintritt in den Hockey-Club Schweinfurt erkenne ich die Satzung in ihrer jeweils gültigen Fassung als verbindlich an.
- Ich habe die Datenschutzordnung des Hockey-Club Schweinfurt zur Kenntnis genommen und anerkannt.
- Ich willige ein, dass Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der Homepage des Vereins, sonstigen Vereinspublikationen und in der Presse ohne spezielle Einwilligung veröffentlicht werden.
- Der jeweils gültige Beitrag und die Aufnahmegebühr sind im Internet unter „www.Hockey-Club-Schweinfurt.de“ ersichtlich.
- Ich übernehme die entstandenen Kosten bei Rückgaben von Lastschriften.

Datum, Unterschrift: X _____

(bei Minderjährigen Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000186512 Mandatsreferenz: (wird mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hockey-Club Schweinfurt 1926 e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hockey-Club Schweinfurt 1926 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

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: | **D** | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC: | | | | | | | | | | |

Datum, Unterschrift (Kontoinhaber): X _____

(2026-05)