



BEITRITTSERKLÄRUNG

- Ich möchte an LEO's Ball- und Körperschule im SV Heilbronn am Leinbach 1891 e.V. teilnehmen.

Vorname des Kindes: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

Staatsangehörigkeit: _____

PLZ/Wohnort: _____

Eintritt zum: _____

- Erziehungsberechtigte/r:

Herr Frau

Adresse: wie oben andere (unten ausfüllen):

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

- Eintritt in Ballschul-Gruppe:

Babyballschule (Eltern-Kind-Angebot) 18 Monate bis 3 Jahre

Miniballschule ab 3 bis 6 Jahre

noch kein SVHN-Mitglied (25 Euro monatlich)

ABC-Ballschule ab 6 bis 8 Jahre

bereits SVHN-Mitglied (20 Euro monatlich)

Die Mindestlaufzeit für die Ball- und Körperschule beträgt **3 Monate** und kann unter Einhaltung einer **einmonatigen Kündigungsfrist** zum **Quartalsende** schriftlich gekündigt werden. Des Weiteren erkenne ich die Vereinssatzung in ihrer gültigen Form an.

- Sind bereits Familienangehörige Mitglied beim SV Heilbronn am Leinbach?

Name: _____

Vorname: _____



● Einverständniserklärung für Fotos / Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Foto und Videoaufnahmen meines Kindes zum Zwecke der Veröffentlichung auf der Homepage, Flyer oder für Presse Zwecke genutzt werden können.

Die jeweils gültigen Fassungen der Vereinssatzung sowie Datenschutzerklärungen sind unter www.svhn1891.de abrufbar.

● Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Gläubigers (Zahlungsempfänger):
Sportverein Heilbronn am Leinbach von 1891 e.V. (SV Heilbronn am Leinbach)
Riedweg 52, 74078 Heilbronn

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000312100
Mandatsreferenz: wird Ihnen im Begrüßungsschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige den Sportverein Heilbronn am Leinbach von 1891 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sportverein Heilbronn am Leinbach von 1891 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: Name: _____

BIC: _ _ _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

Interne Bearbeitungsvermerke:

In Winner erfasst: _____

Mitgliedsnummer: _____

Mandatsref.: _____

Begrüßungsschreiben zugesandt: _____