



Aufnahmeantrag**

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den

Special Olympics Saarland Sportverein e.V.

Mitgliedsart	Jahresbeitrag
☐ Einzelmitglieder – keine Athleten	50,00 €
☐ Kinder und Jugendliche – keine Athleten	24,00 €
☐ Athleten*innen / Unified Partner*innen	24,00 €
☐ Familienmitgliedschaften	80,00 €
☐ Fördermitglieder (natürliche Personen) <u>Mindestbeitrag</u>	ab 25,00 €
Mein Beitrag: _____ €	

Natürliche Person:

Vorname: _____ Nachname: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geb*.: _____ Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand des Vereines. Die Satzung*** und Beitragsordnung ist mir/uns bekannt. Meine Daten dürfen zur weiteren Bearbeitung an die Geschäftsstelle von Special Olympics Deutschland im Saarland e.V. weitergegeben werden. Die hier angegebenen Daten dürfen zur Kontaktaufnahme verwendet werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(bei Kindern u. Jugendlichen Unterschrift **beider** gesetzlichen Vertreter)

(Wenn Sie mit der Aufnahme in die SOSL Sportverein „ whatsapp“ Gruppe einverstanden sind, geben Sie bitte hier Ihre Handynummer an: _____)

(In dieser Gruppe erhalten Sie **nur** Nachrichten die den Verein und Aktionen betreffen, Zugriff/ Schreibrecht haben nur die Administratoren)



* Bei Familienmitgliedschaften bitte auf Seite 2 alle Familienmitglieder benennen.

**Aufnahmeanträge können nur bearbeitet werden, wenn sie gut leserlich (Blockschrift) und dem Vorstand vorliegen.

*** hier finden Sie die Satzung vom SO SL SV

<https://www.soslsportverein.com/satzung-vom-sosl-sportverein>

Bitte senden Sie Ihren Antrag per Post unsere Vereinsadresse:

Special Olympics Saarland Sportverein e.V.

Wilhelmsklamm 6

66130 Saarbrücken

oder per Mail an:

sportverein@saarland.specialolympics.de

Name und Geburtsdatum aller Familienmitglieder

Name	Vorname	Geb.:

Die Angaben sind wichtig für die verpflichtende jährliche Bestandserhebung des LSVS



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige **Special Olympics Saarland Sportverein e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Special Saarland Sportverein 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

BIC

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

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

(Bitte achten Sie darauf, dass das SEPA Mandat handschriftlich unterschrieben sein muss!)

Bei Rechnungsstellung wird eine Bearbeitungsgebühr von EUR 5 erhoben.

Bitte lassen Sie uns eine Rechnung zu kommen.

(Wenn abweichend)

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort