



Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem KEN·IKU Kendo Frankfurt e.V. bei und bestätige, dass ich die Satzungen und Ordnungen des Vereins gelesen habe und mit diesen einverstanden bin.

Anrede

Titel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Nationalität

E-Mail-Adresse

Telefon/Mobil

Gewünschte Mitgliedschaft

- ordentliche Mitgliedschaft
- Fördermitgliedschaft (passive Mitgliedschaft)
- Studierende/Auszubildende/Schüler:innen bis 28 Jahre (Nachweis vorlegen)
- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
- Familienmitgliedschaft (für jedes Mitglied einen eigenen Antrag ausfüllen)

Datum, Ort

Unterschrift

(Bei Kindern und Jugendlichen:
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)



Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige hiermit ein, dass der KEN·IKU Kendo Frankfurt e.V. meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliederbetreuung, Kommunikation (sowohl intern als auch extern), sowie zu statistischen Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt. Dazu gehört auch die Weitergabe der Daten an mit KEN·IKU Kendo Frankfurt e.V. verbundene Sportverbände und -organisationen im Rahmen der Erfüllung von regionalen und überregionalen Aufgaben. Darüber hinaus willige ich ein, dass auf der Webseite und Social-Media-Kanälen des KEN·IKU Kendo Frankfurt e.V. im Rahmen der Vereinstätigkeit Bilder, Name und Graduierung veröffentlicht werden können.

Meine Zustimmung zur Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum, Ort

Unterschrift

(Bei Kindern und Jugendlichen:
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person)



SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger KEN-IKU Kendo Frankfurt e.V.
Anschrift c.o. Hospitalstraße 12 A, 61440 Oberursel (Taunus)
Gläubiger-ID DE65KEN00002667366
Mandatsreferenz

Ich ermächtige den KEN-IKU Kendo Frankfurt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom KEN-IKU Kendo Frankfurt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtige Person (kontoinhabende Person)

Adresse (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl, Ort

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Datum, Ort

Unterschrift der kontoinhabenden Person