



AUFNAHMEANTRAG

Mitglieds-Nr.	
Zahler-Nr.:	
Mitglied ab:	
Abteilung(en)	

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Schule/Ausbildung bis:	<input type="checkbox"/> Gutscheine BuT	überreicht durch AL / ÜL:
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Studium bis:	<input type="checkbox"/> Nürnberg-Pass	

in Druckschrift	Name	Vorname	
	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität:
	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Wohnort		
	Telefon	Handy	
	E-Mail-Adresse <small>(für vereinsinterne Mitteilungen und Rundbriefe; es erfolgt keine Weitergabe der Mailadresse an Dritte außerhalb des BVSV)</small>		

Bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/> Reha-Teilnahme im BVSV seit:		
	<input type="checkbox"/> Behindert Art der Behinderung:	<input type="checkbox"/> blind / sehbehindert	<input type="checkbox"/> Nicht behindert
	<input type="checkbox"/> körperbehindert SB-Ausweis GdB: %	<input type="checkbox"/> geistig behindert	<input type="checkbox"/> Wehrdienst-/Kriegsbesch.

Freiwillige Angaben zu Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Ausübung des Sports wichtig sein können:	Interesse an Sportangeboten:
---	------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass meine o.a. Daten gem. der DSGVO nur zum Zweck der Mitgliederverwaltung genutzt und in diesem Zusammenhang ausschließlich hierzu berechtigten Stellen im BVSV weitergegeben werden. Bei Bedarf kann hierüber Auskunft erteilt werden.	Name / Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der/des gesetzl. Vertr.)
---	---

SEPA-Lastschriftmandat

<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungsempfängers:	Behinderten- und Versehrten-sportverein Nürnberg e.V. – BVSV
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Wildenfelsweg 11, 90411 Nürnberg
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE81ZZZ00000146921
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger – BVSV - auszufüllen)	Zahlernummer:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Behinderten- und Versehrten-sportverein Nürnberg e.V. – BVSV**, **Zahlungen** von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Behinderten- und Versehrten-Sportverein Nürnberg e.V. – BVSV** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

vollständig ausfüllen	Name, Vorname des/der Zahlungspflichtigen/ (Kontoinhaber/in) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
	Straße Hausnummer, PLZ Ort <u>oder</u> siehe oben	
	BLZ	Konto-Nr. (kein Sparbuch!)
	Bankinstitut:	
	IBAN des/der Zahlungspflichtigen <small>ggf. BIC (nur bei ausländischem Konto)</small>	DE

Ort	Datum:	Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)
-----	--------	---

Zustimmung durch den Vorstand des BVSV:

Beginn der Mitgliedschaft

Datum

Unterschrift