

Mitgliedsantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme (ggf. meines Kindes) in das FIZ Cinderella e.V. (Abteilung wie im Auswahlfeld). Ich erkenne dessen **Satzung/Ordnungen** in der jeweils gültigen Fassung an und verpflichte mich, den Beschlüssen der Mitgliederversammlung/des Vorstandes zu folgen.

In der **Finanzordnung** ist eine **Kündigungsfrist** von 2 Monaten (zum Ende des 2. Monats) festgelegt.

Mit meiner Unterschrift (als Erziehungsberechtigte/r) versichere ich, dass ich (das Kind für welches ich diesen Antrag stelle) keine **Krankheiten/Allergien/gesundheitlichen Einschränkungen** habe (hat), über welche die Übungsleitenden nicht - schriftlich festgehalten - informiert wurden.

Vorname *	Herkunftsland:
Familienname *	Telefon Mobil *
Geburtsdatum *	E-Mail *
Wohnanschrift *	Kita/Schule * - Studium/Tätigkeit:
	Krankheiten/Allergien/gesundheitl. Einschränkungen * Keine

Gegebenenfalls Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Vorname *	E-Mail *
Familienname *	Telefon Mobil *

* Notwendige Angabe

Die jeweils anwesenden Trainerinnen und Trainer übernehmen die **Aufsichtspflicht** erst, wenn unsere minderjährigen Mitglieder zu Beginn ihrer Trainingseinheit den Trainingsraum betreten. Sie endet, wenn die Kinder/Jugendlichen den Trainingsraum verlassen und die Erziehungsberechtigten bzw. deren bevollmächtigte Vertreter anwesend sind, oder eine schriftliche Erklärung der Erziehungsberechtigten vorliegt, dass die Kinder/Jugendlichen selbständig den Trainingsort verlassen dürfen.

Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) erkläre (n) ich (wir) mich (uns) außerdem damit einverstanden, dass diese persönlichen Daten, unter Beachtung der **DSGVO**, vereinsintern gespeichert, von einem IT-Dienstleistern zum Zweck des Beitragseinzugs verarbeitet und Teile zu statistischen Zwecken an Verbände weitergeleitet werden. (siehe hierzu die Datenschutzhinweise des Vereins). Die Mitgliedschaft beginnt, die Bestätigung des Vorstands/der Geschäftsführung vorausgesetzt, mit dem Tag der Antragstellung.

Mitgliedsbeitrag: € 48.- (entspr. 3 Stunden wöchentlich), € 38.- (entspr. 2 Stunden wöchentlich), € 28.- (entspr. 1 Stunde wöchentlich)	
Mitgliedsbeitrag Musik: € 48.- (monatlich)	Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt: €10.-
Unterschrift: (bei Minderjährigen - Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)	
Dresden am:	
Wie habt Ihr von unserem Verein erfahren? Facebook/Instagram: Websuche: Mund zu Mund: Flyer: Veranstaltung:	

wird vom Verein ausgefüllt:

Mitgliedsnummer:	Unterschrift Vorstand/Geschäftsführung:
Als Mitglied aufgenommen am:	

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Familien- und Integrationszentrum - "Cinderella" e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Freiberger Str. 31

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
01067 Dresden

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE98ZZZ00001701137

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Familien- und Integrationszentrum - "Cinderella" e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Familien- und Integrationszentrum - "Cinderella" e.V. 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Familien- und Integrationszentrum - "Cinderella" e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Familien- und Integrationszentrum - "Cinderella" e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: