



Postsportverein e. V. Neustadt a. d. W.  
Harthäuserweg 40, 67433 Neustadt an der Weinstraße  
www.postsv-nw.de Email: [postsv-nw@t-online.de](mailto:postsv-nw@t-online.de)



## Gymnastik - Kampfsport - Kegeln - Schach - Tennis

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich:

☐ Herr ☐ Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tel./Handy \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Postsportverein Neustadt e.V. in die Abteilung:

- ☐ Gymnastik  
☐ Kampfsport  
☐ Kegeln  
☐ Schach  
☐ Tennis

Ich bin Schüler, Student, Azubi ☐ Ja (Bescheinigung beifügen) ☐ Nein

Ich beantrage eine ☐ Einzelmitgliedschaft ☐ passive Mitgliedschaft  
☐ Familienmitgliedschaft mit folgenden Familienmitgliedern:

Name	Vorname	Geb. Datum	Abteilung

### Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Die Satzung des PostSV Neustadt e.V. erkenne ich an.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Personen unter 18 Jahren gesetzlicher Vertreter)



Postsportverein e. V. Neustadt a. d. W.  
Harthäuserweg 40, 67433 Neustadt an der Weinstraße  
www.postsv-nw.de Email: [postsv-nw@t-online.de](mailto:postsv-nw@t-online.de)



## Anlage: SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

Zahlungsempfänger:

Postsportverein e. V. Neustadt, Harthäuser Weg 40, 67433 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24PSV00000579791

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Post SV Neustadt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Post SV Neustadt 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.

### Zahlungsart:

☐ 1/4 jährlich ☐ 1/2 jährlich

(Die Beiträge werden je nach von Ihnen gewählter Zahlungsweise bei vierteljährlicher Abbuchung frühestens zum 01. des Quartals und bei halbjährlicher Abbuchung frühestens zum 01. des Halbjahres abgebucht, wobei wir anstreben, dass jeweils bis zum 10. des Abzugsmonats die Abbuchung erledigt ist.)

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift Kontoinhaber