

AUFNAHMEANTRAG

(gültig ab 01. Januar 2019)

TSV Sauerlach e.V. Abteilung Gymnastik

E-Mail: gymnastik@tsv-sauerlach.de , Web: www.tsv-sauerlach.de

Ich beantrage hiermit ab _____ die Aufnahme als Mitglied in den
TSV SAUERLACH e.V. Abteilung Gymnastik

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____

bei Minderjährigen Name der Eltern _____

PLZ, Ort _____ Straße _____

Telefon _____ E-Mail _____

Für Eltern – Turnen: Name / Geburtstag des Kindes: _____ / _____

Ich erkenne die Satzung des TSV Sauerlach e. V an. Sie ist unter <http://www.tsv-sauerlach.de> abrufbar, auf Anforderung wird sie auch in Schriftform zur Verfügung gestellt. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende möglich und ist in Textform unter Einhaltung einer Frist von einem Monat an die Abteilungsleitung bzw. an den Kassenwart zu richten.

Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit dies für Vereins- und Verbandszwecke erforderlich ist.

*Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass der oben genannte Verein, **Bilder + Daten** von mir, die im Rahmen von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen aufgenommen wurden, auf der Webseite des Vereins oder in sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt.*

Jahresbeiträge Abteilung Gymnastik

Erwachsene / Eltern-Kind-Turnen EUR 70,00 ; Kinder EUR 40,00;

Jugendliche / Studenten EUR 40,00; Senioren ab 65 Jahre EUR 60,00

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE63ZZZ00000114653**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt beim ersten Einzug

Ich ermächtige den TSV Sauerlach e.V. Abteilung Gymnastik, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Sauerlach e.V. Abteilung Gymnastik auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Die Belastung der Mitgliedsbeiträge erfolgt wiederkehrend jährlich am 14. Februar.

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.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Mitglied.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: DE__|_____|_____|_____|_____|__

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Ort, Datum

Unterschrift