A U F N A H M E A N T R A G

(gültig ab 01. Januar 2019)

TSV Sauerlach e.V. Abteilung Fußball: Herbert Schemmert, Ortweg 17, 82054 Sauerlach, Tel.: 0173-5707555
E-Mail: vorstand@tsvsauerlach-fussball.de, Web: http://www.tsvsauerlach-fussball.de

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

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____

bei Minderjährigen Name der Eltern _____

PLZ, Ort _____ Straße _____

Telefon _____ E-Mail _____

*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.*
Weitere Infos zur DSGVO finden sie auf der TSV Homepage.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Jahresbeiträge Abteilung Fußball:

75,00 €	Kinder (bis 7 Jahre)
100,00 €	Kinder (von 7- 18 Jahre)
65,00 €	Studenten
120,00 €	Volljährige Mitglieder

Stand: 01. Januar 2019

30,00 €	jedes weitere Kind
65,00 €	passive Mitglieder
200,00 €	Familienbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000114653
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt beim ersten Einzug**

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

Hinweise:
Die Belastung der Mitgliedsbeiträge erfolgt wiederkehrend jährlich am 3. März. Beiträge für Mitglieder, die während des Jahres eingetreten sind, werden anteilsmäßig am 30. November eingezogen.
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