



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Turnverein (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mitglied**
 aktiv
 passiv

 Familienmitgliedschaft

Nr.	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	ÜL/Sportgruppe
1				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
2				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
3				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
4				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Sollte es sich um eine Erweiterung der Mitgliedschaft (Familie) handeln, wer ist bereits Mitglied?

Name: _____ Vorname: _____

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

- Kinder und Jugendliche (bis 21 Jahre)* 70,00 €
- Erwachsene aktiv (ab 21 Jahre)* 90,00 €
- Familienbeitrag (Eltern und ihre minderjährigen Kinder)* 200,00 €
- Passive Mitglieder* 20,00 €

Die Beiträge werden ausschließlich per SEPA-Lastschrift am 1. März oder am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag erhoben. Die Kündigung kann nur durch schriftliche Erklärung zum Schluss eines Kalenderjahres erfolgen. Die Austrittserklärung von Minderjährigen ist vom gesetzlichen Vertreter schriftlich zu erklären.

Einwilligungserklärung Datenschutz

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Löschung) meines personenbezogenen Daten- und Bildmaterials für Vereinszwecke nach den Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift Antragstellers / Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TV Wolfenweiler-Schallstadt e.V., Mitgliedsbeiträge von mir und von meinen Familienangehörigen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TV Wolfenweiler-Schallstadt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-Identifikationsnummer DE75ZZZ00000342290

Kontoinhaber (Name, Vorname): _____

IBAN: DE ____ | ____ , ____ , ____ | ____ | ____ | ____

Kreditinstitut: _____ BIC _____ | ____

Ort, Datum Unterschrift Antragstellers / Erziehungsberechtigten

**Bitte die Anmeldung beim ÜL abgeben oder direkt der Mitgliederverwaltung zukommen lassen:
Helmut Schleier, Bitze 17, 79227 Schallstadt, Telefon: 07664/7911**