

Beitrittserklärung

Hiermit trete/n ich/wir dem TSV Wiemersdorf e.V. bei.

Name : _____ Vorname : _____

PLZ/Ort : _____ Straße : _____

Geburtsdatum : _____ Telefon : _____ / _____

E-Mail-Adresse : _____

Eintritt ab : **01.** _____ Sparte : _____ Passivmitglied :

Folgende Familienangehörige treten dem Verein ebenfalls bei :

Name :	Vorname :	Geburtsdatum :	Sparte :	passiv
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Monatlicher Mitgliedsbeitrag : a) bitte entsprechend ergänzen, sofern Mitglied unter 18 Jahre alt ist !!!

- a) 5 € - Kinder und junge Erwachsene bis 21 Jahre → Erziehungsberechtigter : _____
- b) 5 € - Einzelbeitrag Passivmitglieder, ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- c) 8 € - Einzelbeitrag aktive Mitglieder, ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- d) 8 € - Beitrag für nichtaktive Ehepaare
- e) 10 € - Beitrag für aktive Ehepaare
- f) 13 € - Familienbeitrag (inkl. Familienangehörige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns mit der Erhebung, Speicherung, Nutzung und Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten einverstanden; § 22 „Datenverarbeitung“ der Vereinssatzung wurde zur Kenntnis genommen. Die Datenverarbeitung erfolgt nur soweit es für die Erfüllung des Vereinszwecks (§§ 2 + 3 der Vereinssatzung) erforderlich ist. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Diese Erklärung ist jederzeit widerruflich.

Datum : _____

Unterschrift **aller** Neumitglieder / Erziehungsberechtigter !

TSV Wiemersdorf e.V., Fuhlendorfer Weg, 24649 Wiemersdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer DE57TSV00000274326
Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Wiemersdorf e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Wiemersdorf 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.

Vorname + Nachname Kontoinhaber : _____

Strasse / Hausnummer : _____

PLZ / Ort : _____

IBAN : DE _____ BIC : _____

Ort/Datum : _____

Unterschrift (Vor und Nachname)