

Beitrittserklärung / Änderungsmeldung

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in TV 1884 Würm e.V.

Ich möchte die Änderung meiner Mitgliedsdaten melden

Jahresbeiträge (gültig ab 01. Januar 2016), zutreffendes bitte markieren:	
Kinder / Jugendliche bis 18 Jahre	25,00 €
Erwachsene	30,00 €
ab 2 Kinder bis 18 Jahre ohne Mitgliedschaft der Eltern	45,00 €
Familienbeitrag ab 3 Personen (mind. 1 Erwachsener und alle Kinder bis 18 Jahre)	75,00 €

Ich beantrage hiermit meinen Eintritt in den TV 1884 Würm e.V. ab dem Kalenderjahr _____
 Auch bei einem Beitritt während des laufenden Kalenderjahres wird der volle Jahresbeitrag fällig. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen jeweils zum Ende eines Kalenderjahrs erfolgen.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>

Bei Familienbeitrag, bitte Eltern und alle Kinder aufführen:				
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Beziehung zum Antragsteller
			w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester

Adresse:

PLZ	Ort	Straße / Hausnummer	Telefon
Mail-Adresse			

Ort	Datum	Unterschrift Mitglied / gesetzliche Vertreter
-----	-------	---

Einzugsermächtigung / SEPA - Lastschriftmandat für den TV 1884 Würm e.V

(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83666500850002584239; Mandatsreferenz wird separat vergeben)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den TV 1884 Würm e.V., Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom TV 1884 Würm e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mitgliedsbeiträge werden jährlich, jeweils Mitte Juli eingezogen.

Kontoinhaber	Anschrift	
IBAN (Konto)		
Kreditinstitut (Name)	BIC	
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber

Informationen zum Datenschutz:

Die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten bezüglich der Mitgliedschaft im Turnverein 1884 Würm e.V. erfolgt ausschließlich zu verwaltungsmässigen Zwecken (zweckgebundene Verarbeitung).

Ihr Geburtsdatum und Eintrittsdatum werden für Glückwünsche und Jubiläum benötigt.

Bei der Verarbeitung Ihrer Daten beachten wir alle Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Einwilligungserklärung:

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und der Löschung) meines personenbezogenen Daten-/Bildmaterials für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort:

Datum:

Unterschrift: