



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen/unseren Beitritt zum Turnverein Unterwallenstadt von 1900 e.V.

Name	Vorname	Geb.-Datum
Anschrift		Telefon
Abteilung	E-Mail (freiwillig)	

Name	Vorname	Geb.-Datum
Abteilung		

Name	Vorname	Geb.-Datum
Abteilung		

Name	Vorname	Geb.-Datum
Abteilung		

**Zur Zeit erheben wir folgende Jahresbeiträge:
(SEPA-Lastschriftmandat umseitig)**

Eintrittsdatum

Kinder (bis 14. Lebensjahr)	18,00 €
Jugendliche (14. bis 18. Lebensjahr)	24,00 €
Erwachsene	45,00 €
Ehepaare	60,00 €
Familie	66,00 €

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum Jahresende erfolgen. Sie muss spätestens 4 Wochen vor Jahresende dem Vorstand vorliegen.

Datenschutz/Persönlichkeitsrechte

Der Verein erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten seiner Mitglieder unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen zur Erfüllung der in seiner Satzung aufgeführten Zwecke und Aufgaben (z.B. Name und Anschrift, Bankverbindung, Telefonnummern und E-Mail-Adressen, Geburtsdatum, Lizenzen, Funktionen im Verein).

Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung der Vereinssatzung stimmen die Mitglieder der Erhebung – Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu.

Durch ihre Mitgliedschaft und die damit verbundene Anerkennung der Satzung stimmen die Mitglieder außerdem der Veröffentlichung von Bildern und Namen im Print- und Telemedien sowie elektronischen Medien zu, soweit dies den satzungsgemäßen Angaben entspricht.

Jedes Mitglied hat im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes –BDSG- und EU-Datenschutzgesetzes –EUDSGVO- das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten.

Datum _____

(Unterschrift des Mitgliedes)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Vermerke des Vereins:

gespeichert SPG	gespeichert BLSV	Sonstiges
-----------------	------------------	-----------

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

Turnverein Unterwallenstadt von 1900 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer

Unterwallenstadter Weg 69

Postleitzahl und Ort

96215 Lichtenfels

Land

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer

D E 7 2 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 9 0 6 2 9

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*

* Angabe freigestellt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Ort

Lichtenfels

Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)