

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim TSV Neupotz e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

(Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Abteilung Volleyball

Abteilung Gymnastik

Abteilung Radsport

- Erwachsene monatlich** (ab 18 Jahre) 6,00 EUR
- Fördermitglied monatlich** (passiv) 2,00 EUR
- Kinder und Jugendliche monatlich** (bis vollendetes 18. Lebensjahr, Auszubildende und Studenten des Erststudiums, beide bis vollendetes 25. Lebensjahr) 4,00 EUR
- Familienmitgliedschaft oder eheähnliche Gemeinschaft monatlich** (Kinder bis 18 Jahre) 10,00 EUR

Weitere Familienmitglieder:

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des TSV Neupotz e.V. an. Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Mitgliederverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert und verarbeitet werden (DSGVO). Die bei Vereinstätigkeiten und Veranstaltungen getätigten Fotoaufnahmen können ggf. im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in unserem Vereinswesen veröffentlicht werden (DSGVO / Verweis Homepage). Die Informationspflicht gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Die Satzung und die Informationspflicht sind auf unserer Homepage unter www.tsv-neupotz.de einsehbar.

Außerdem verpflichte ich mich Änderungen meiner persönlichen Daten sowie Bankdaten der Geschäftsstelle zu melden. Entstehende Gebühren gehen zu Lasten des Mitglieds..

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter)

SEPA-Lastschriftmandat TSV Neupotz e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE89TSV00000529636**

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): **Wird separat mitgeteilt.**

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

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber / Kontoinhaberin	

Bei unterjährigem Eintritt erfolgt eine anteilmäßige Beitragsfestsetzung. Die Mitgliedschaft gilt für mindestens 12 Monate und kann frühestens zum Ablauf des Geschäftsjahres (31.12.) gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich eingereicht werden.

Ort, Datum

Unterschrift