

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Aufnahme unten aufgeführter Personen in den TSV Iffeldorf e.V. Die Satzung des Vereins sowie die Mitgliedsbeiträge erkenne ich an. Die Mitgliedschaft ist unbefristet und kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Eine Kündigung ist **schriftlich** an den geschäftsführenden Vorstand zu richten.
Zutreffendes bitte ankreuzen.

Angaben zur Person:

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Telefon:

E-Mail:

PLZ/Ort: Straße:

Ich bin bereits Mitglied beim TSV: ja nein und will neu aufgenommen werden

Bei Neuaufnahme des Ehepartners:

Name: Vorname:

Geb.-Datum:

Bei Neuaufnahme eines Kindes:

Kind 1 Name: Vorname: Geb.-Datum:

Kind 1 ist bereits Mitglied beim TSV: ja nein

Kind 2 Name: Vorname: Geb.-Datum:

Kind 2 ist bereits Mitglied beim TSV: ja nein

Kind 3 Name: Vorname: Geb.-Datum:

Kind 3 ist bereits Mitglied beim TSV: ja nein

Neuaufnahme in folgende Sparte(n)

Antragsteller: Fußball Tennis Turnen Leichtathletik Eisstock Badminton Kegeln Tischtennis Volleyball

Ehepartner: Fußball Tennis Turnen Leichtathletik Eisstock Badminton Kegeln Tischtennis Volleyball

Kind 1: Fußball Tennis Turnen Leichtathletik Eisstock Badminton Kegeln Tischtennis Volleyball

Kind 2: Fußball Tennis Turnen Leichtathletik Eisstock Badminton Kegeln Tischtennis Volleyball

Kind 3: Fußball Tennis Turnen Leichtathletik Eisstock Badminton Kegeln Tischtennis Volleyball

Datenschutz:

Mit der Speicherung, Übermittlung und Nutzung meiner/unserer personenbezogenen Daten für Vereins- bzw. Verbandszwecke (DOSB, BLSV, Fachsportverbände) gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Die Speicherung erfolgt in EDV gestützter Mitgliederdatei.

Ort: Datum:

Unterschrift

Bei Aufnahme Minderjähriger ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich:

Ort: Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandat



TSV Iffeldorf e.V.
Maffeistr. 9
82393 Iffeldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08TSV00000149690

Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer

Vorname und Name des Kontoinhabers *:

Straße, Hausnummer *:

PLZ, Ort *:

Ich/Wir ermächtige/n den TSV Iffeldorf e.V., Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TSV Iffeldorf 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 Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort: Datum:

Unterschrift des Kontoinhabers

*Falls abweichend von Mitglied