



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich:
(bitte vollständig und lesbar ausfüllen)

Anrede Name Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer Geburtsdatum

Mail-Adresse

die Mitgliedschaft im Turnverein Ellefeld e.V.

Abteilung:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Kegeln |
| <input type="checkbox"/> Nordic Walking | <input type="checkbox"/> Fitness 50 Plus | <input type="checkbox"/> Tischtennis |
| <input type="checkbox"/> Turnen | <input type="checkbox"/> Zumba® | <input type="checkbox"/> Volleyball |

Ich beantrage hiermit eine

- Vollmitgliedschaft
- Fördermitgliedschaft als passives Mitglied (hälftiger Beitrag)

Über die Höhe des zu zahlenden Beitrages habe ich mich informiert und erkenne die geltende Beitragsordnung an. Einen entsprechenden Auszug aus der Satzung erhalte ich mit meinem Aufnahmeschreiben.

Elternerklärung (gilt nur bei Minderjährigen, d.h. unter 18-Jährigen):

Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir für mein/unser Kind für den Zeitraum der Zugehörigkeit zum TV Ellefeld den Beitrag in der erforderlichen Höhe fristgemäß zahlen werde(n) und erlaube(n), dass mein/unser Kind an Veranstaltungen, die dem Vereinszweck entsprechen, z.B. Wettkämpfe, Turniere etc. teilnehmen und zu diesen Veranstaltungen befördert werden darf.

Datenschutzerklärung:

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht. Gleichzeitig willige ich ein, dass mein Name sowie Fotos zu meiner Person auf der Homepage und in Printmedien zu Vereinszwecken veröffentlicht werden, sofern ich diese Einwilligung gegenüber dem Verein nicht widerrufe.

Die Mitgliedschaft im Verein soll ab 01. _____ beginnen.
Monat / Jahr

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)

Bestätigung Abteilungsleiter

- wird vom Verein ausgefüllt -

Mitgliedsnummer:

Anschreiben gefertigt:

EDV-Erfassung:

SEPA liegt vor:



35 20001 0621 04-580-305160

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Turnverein Ellefeld e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Turnstr. 5

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:
08236 Ellefeld Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE80ZZZ00001912339

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Turnverein Ellefeld e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Turnverein Ellefeld e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.]

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*
* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):
Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location: Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

114 902 000 00 (Fassung Feb. 2016) - v2.3 - o
© Deutscher Sparkassenverlag

manuell