



Aufnahmeantrag

Nr. _____

Ich beantrage die Aufnahme in den Turnverein 1890 Rheinzabern

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ Wohnort: _____

Geb. Datum: _____ Geschlecht: m/w/d _____

Telefon: _____ Email: _____

Beruf: _____ (Freiwillige Angabe)

Abteilung

- Turnen Leichtathletik Volleyball Tennis Basketball

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Turnvereins 1890 Rheinzabern an. Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Vereinsverwaltung 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.tv-rheinzabern.de einsehbar. Außerdem verpflichte ich mich Änderungen meiner persönlichen Daten sowie Bankdaten der Geschäftsstelle zu melden. Entstehende Gebühren gehen zu Lasten des Mitgliedes.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Mitgliedsbeitrag pro Monat

Abteilung Turnen / Leichtathletik / Volleyball / Basketball

Erwachsene € 6,00 / Kinder, Jugendliche € 4,00 / Familienbeitrag € 12,00

Abteilung Tennis – Sonderbeitrag (zusätzlich)

Erwachsene € 6,00 / Kinder, Jugendliche € 4,00 / Familienbeitrag € 12,00

Ermäßigung auf Antrag: Studenten (bis 27 Jahre) / Rentner (auf Antrag) € 4,00

Bankeinzug erfolgt halbjährlich zum 01.02. und 01.08. d. Jahres.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger ID-DE51ZZZ00000309160

Mandatsreferenz: Wird Ihnen mit der Eintrittsbestätigung mitgeteilt.

Ich ermächtige den Turnverein 1890 Rheinzabern wiederkehrende und einmalige satzungsgemäße Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV 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.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____ Bank: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Kündigung bitte in schriftlicher Form an unten stehende Adresse.

Antrag auf Familienbeitrag

Name Beitragszahler: _____

Weitere Familienmitglieder:

Vorname	Name	Geb.-Datum	Geschlecht (m/w)	Bereits Mitglied (ja/nein)

Antrag auf Beitragsermäßigung

(Studenten bis 27 Jahre / Rentner mit Rentenbescheinigung)

Vorname: _____ Name: _____

Begründung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____