



# Aufnahmeantrag

## Mitgliedschaft TV-Schmalförden 1913 e.V



Name Vorname/Titel männlich weiblich Geboren am

Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefon privat/mobil

**FAMILIENMITGLIEDSCHAFT:** (Zweites Elternteil und Kinder bis 18 Jahren, wohnhaft im gleichen Haushalt wie die Eltern)

Vorname männlich weiblich Geboren am Vorname männlich weiblich Geboren am

Vorname männlich weiblich Geboren am Vorname männlich weiblich Geboren am

**BITTE DAS ENTSPRECHENDE KÄSTCHEN ANKREUZEN**

Der Vereinsbetrag wird halbjährlich per Lastschrift ihres unten genannten Kontos belastet.

<b>bis* – 13 Jahre</b>	<b>14 – 18 Jahre</b>	<b>19 – 65 Jahre</b>	<b>Familienbetrag</b>	<b>Ehepartner/eheähnliche Lebenspartnerschaften, Auszubildende, Studenten/-innen, Arbeitssuchende, Senioren ab 66 Jahre</b>
<b>21,00 €</b>	<b>24,00 €</b>	<b>30,00 €</b>	<b>54,00 €</b>	<b>21,00 €</b>

\*MuKi-Mütter/Väter, die keine weiteren TVS-Angebote wahrnehmen, sind im Kinder-Beitrag inbegriffen (bis das Kind MuKi-Gruppe verlässt)

**DATENSCHUTZKLAUSEL:**

Mit der Speicherung, Übermittlung und 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 meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Daten – z. B. Fotos oder Berichte über die Teilnahme an Wettkämpfen und so weiter – die dazu dienen, den Verein nach außen darzustellen, in Printmedien veröffentlicht werden.

Datum / Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

Name des gesetzlichen Vertreters Vorname/Titel männlich weiblich Geboren am

**BANKVERBINDUNG** Gläubiger ID TV – Schmalförden 1913 e.V. DE DE22ZZZ00000698361

Ich ermächtige den TV – Schmalförden 1913 e. V., fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV – Schmalförden 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.

Name des Kontoinhabers Bank

IBAN BIC

Straße, Hausnummer (falls abweichend vom Antragsteller) PLZ Ort

Datum / Unterschrift