

AUFNAHMEANTRAG

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Tel. _____ Handy _____ Email _____

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft Beginn _____

Ich bin bereits Mitglied und möchte in eine zusätzliche Sparte eintreten die Sparte wechseln

Faustball Fußball Handball Kegeln Taekwondo Tennis
 Tischtennis Turnen Passiv

Ich willige ein, dass der TV Wackersdorf meine E-Mail-Adresse und meine Telefonnummern zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Ich willige ein, dass der TV Wackersdorf Bilder von sportbezogenen oder gesellschaftlichen Veranstaltungen auf der Homepage des Vereines, in Facebook oder sonstigen Vereinspublikationen veröffentlicht und an die Presse zum Zwecke der Veröffentlichung ohne spezielle Einwilligung weitergibt. Ich willige ein, dass der TV Wackersdorf als verantwortliche Stelle, die im Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Abteilungen und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Sportfachverbände und den Bayerischen Landes-Sportverband e.V. (BLSV) findet nur im Rahmen der in den Satzungen der Fachverbände bzw. des BLSV festgelegten Zwecke statt. Mir ist bekannt, dass ich weitere Informationen zum Datenschutz auf www.tv-wackersdorf.de finde.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) den TV Wackersdorf, wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom TV Wackersdorf 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. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39TVW00000229642

Kontoinhaber

Name _____ Vorname _____ Straße _____

PLZ/Ort _____ IBAN DE _____

BIC _____ Kreditinstitut _____

Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft nur mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderjahresende beendet werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Beitragsübersicht Hauptverein:

bis 14 J. 15,00 € | bis 18J. 25,00 € | Schüler, Auszubildende, Studenten (Nachweis erforderlich) 35,00 € | Erwachsene 50,00 € | Familienbeitrag 90,00 € | Senioren ab 65 J. 40,00 €