

TV 1898 e. V. Elz
Oderstraße 19, 65604 Elz
Email: vorstand@tv-elz.de
Internet: www.tv-elz.de



TV 1898 e.V. Elz
Oderstraße 19, 65604 Elz
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24TVE00000331859

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den TV 1898 e.V. Elz zum

Eintrittsdatum: ___ / ___ / _____

Name, Vorname*: _____

Straße: _____

PLZ; Ort: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / _____

Telefon/Mobil: _____

Email: _____

TV – Abteilung: _____

Der Monatsbeitrag beträgt derzeit (Stand 1/2018):	
Für passive Mitglieder:	5,11 €
Für aktive Mitglieder:	6,00 €
Für Familien (mind. 3 Familienmitglieder):	13,50 €
Zahlungstermin: halbjährlich zum 01.04. und 01.10.	

Erklärung*

1. Mir ist bekannt, dass die Voraussetzung für die Mitgliedschaft die Anerkennung und Beachtung der Vereinssatzung und der entsprechenden Datenschutzrichtlinien ist.
2. Ich erkläre mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten entsprechend den Datenschutzrichtlinien einverstanden.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Wettkampfdaten (Name, Vorname, Geburtsjahr Geschlecht, Wettkampfergebnisse) in Melde- und Bestenlisten aufgenommen und im Internet, regionalen Presseorganen veröffentlicht werden dürfen. Dies gilt auch für im Rahmen von Wettkämpfen und vereinsbezogenen Veranstaltungen (z.B. Sportlerehrung) erstellte Fotos.

*Die Vereinssatzung, die Datenschutzrichtlinien sowie eine Information gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO können auf unserer Homepage eingesehen werden und auf Wunsch auch in schriftlicher Form ausgehändigt werden.
Diese Erklärung gilt für alle auf diesem Formular aufgeführten Personen.

Ort, Datum, _____
Unterschrift ges. Vertreter bei Minderjährigen

SEPA – Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TV 1898 e.V. Elz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV 1898 e.V. Elz 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: DE__ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber