TSV GLINDE von 1930 e. V.

-Mitglied des LSV Schleswig Holstein e. V.-
Am Sportplatz 98 a 21509 Glinde
Tel. 040-710 72 15 – Fax 710 44 41 E-Mail: info@tsv-glinde.de

EINTRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meine Mitgliedschaft im TSV GLINDE v. 1930 e. V. mit Wirkung vom:

……

Auf eine schriftliche Bestätigung des Eintritts durch den Vorstand wird verzichtet.

Die Mitgliedschaft beginnt mit Abgabe der unterschriebenen Eintrittserklärung, bzw. Eintragung in der Mitgliederliste, wenn nicht binnen 14 Tagen nach Eingang in der Geschäftsstelle der Widerspruch des Vorstandes erfolgt.

Sportart / Abteilung:……...

Name: …….....

Vorname : ……

x männlich …… x weiblich ……

geb. am : …… …….. ermäßigter Beitrag bis zum 26. Lebensjahr
(Azubi, Student – lt. schr. Nachweis): ja / nein

Straße / Hausnr.:……..…….....

Wohnort / PLZ:……

Telefon: ……..……

E-Mail: ……

Bereits Mitglied im TSV GLINDE : ja / nein

Abteilung : ……

Aufnahmegebühr, Vereinsbeitrag und Abteilungsbeitrag habe ich der aktuellen Beitragsordnung entnommen.

……..…… , den ……

Mit der Unterschrift verpflichte ich mich gleichzeitig zur Zahlung der Beiträge und erkenne die jeweilige gültige Satzung an.
Ich bin damit einverstanden, dass der TSV Glinde meine personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes der Bundesrepublik Deutschland erhebt, verwendet und speichert.

……..……

Unterschrift
(Bei Minderjährigen die Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s)

TSV Glinde v. 1930 e.V., Am Sportplatz 98 a, 21509 Glinde
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 85 ZZZ 00000 35 14 22
Die Mandatsreferenznummer ist identisch mit der Mitgliedsnummer.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Glinde v. 1930 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Glinde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

Vorname und Name des Kontoinhabers: ……

Straße und Hausnr.…… PLZ und Ort……

Kreditinstitut Name …… BIC __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

DE__ __ |__ __ __ __ |__ __ __ __ |__ __ __ __ |__ __
IBAN

Für das / die Mitglied/er: ……

Telefon……

……
Datum, Ort und Unterschrift.