



**Beitrittserklärung / Änderungsmeldung**

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den TV 1884 Würm e.V.

Ich möchte die Änderung meiner Mitgliedsdaten melden   
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Jahresbeiträge	
×	Zutreffendes bitte ankreuzen:
<input type="checkbox"/>	Kinder / Jugendliche bis 18 Jahre <span style="float: right;">25,00 €</span>
<input type="checkbox"/>	Erwachsene <span style="float: right;">30,00 €</span>
<input type="checkbox"/>	ab 2 Kinder bis 18 Jahre ohne Mitgliedschaft der Eltern <span style="float: right;">45,00 €</span>
<input type="checkbox"/>	Familienbeitrag ab 3 Personen (mind. 1 Erwachsener und alle Kinder bis 18 J. <span style="float: right;">75,00 €</span>

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in den TV 1884 Würm e.V. ab Datum: \_\_\_\_\_  
(Monat / Jahr)

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann nur zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen erfolgen.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht		Bemerkungen
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	

Bei Familienbeitrag, bitte Eltern und alle Kinder aufführen:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht		Beziehung zum Antragsteller	
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester
			w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester

Adresse:

PLZ	Ort	Straße / Hausnummer	Telefon
E-Mail			

Ort	Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)
-----	-------	---

Einzugsermächtigung / SEPA - Lastschriftmandat für den TV 1884 Würm e.V.

Gläubiger - Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000427169 Mandatsreferenz wird separat vergeben

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den TV 1884 Würm e.V., Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom TV 1884 Würm e.V. 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.

**Die Mitgliedsbeiträge werden jährlich, jeweils Mitte Juli eingezogen.**

Name (Kontoinhaber)		Vorname	
PLZ / Ort		Straße	
Kreditinstitut (Name)	BIC	IBAN (Konto)	
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber	



## **Informationen zum Datenschutz:**

Die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten bezüglich der Mitgliedschaft im Turnverein 1884 Würm e.V. erfolgt ausschließlich zu verwaltungsförmlichen Zwecken (zweckgebundene Verarbeitung).

Ihr Geburtsdatum und Eintrittsdatum werden für Glückwünsche und Jubiläum benötigt.

Bei der Verarbeitung Ihrer Daten beachten wir alle Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO vom 25.05.2018).

### **Einwilligungserklärung:**

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und der Löschung) meines personenbezogenen Daten- / Bildmaterials für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort:

Datum:

Unterschrift: