

Linnicher TENNISCLUB

Schwarz-Gold e.V



AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied des Linnicher TC SG e.V. und erkenne die Satzung und die Vereinsordnungen an. Bei Austritt aus dem Verein erfolgt eine schriftliche Kündigung.

Das „Merkblatt für Mitglieder“ mit der Beitragsordnung und das Informationsblatt gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich erhalten und gelesen, weiterhin habe ich die Einwilligung zur Veröffentlichung von Personenbildnissen erhalten, gelesen und unterzeichnet.

Pflichtangaben

☆ _____ Vorname	☆ _____ Name
☆ _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	☆ _____ Geschlecht
☆ _____ Straße, Hausnummer	☆ _____ PLZ, Wohnort

Freiwillige Angaben

☆ _____ Telefonnummer Festnetz	☆ _____ Telefonnummer mobil
☆ _____ Email	

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktadressen zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorgenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

☆ _____ Ort	☆ _____ Datum	☆ _____ Unterschrift des Mitglieds
Bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen: Ich / Wir sind mit der Mitgliedschaft einverstanden. Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns mit meiner / unserer Unterschrift auch für die Beitragszahlung meines / unseres Kindes / Mündels.		
☆ _____ Ort	☆ _____ Datum	☆ _____ Unterschrift(en) der/des gesetzlichen Vertreter/-s

ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATES

(WIEDERKEHRENDE ZAHLUNG)

Angaben zum Zahlungsempfänger:

Linnicher Tennisclub Schwarz-Gold e.V

Bendenweg

52441 Linnich

Angaben zum Zahler (Kontoinhaber)



Vorname



Name



Straße, Hausnummer



PLZ, Wohnort

Bankverbindung



Name und Ort des Kreditinstitutes



BIC (8 oder 11 Stellen)



IBAN (22 Stellen)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Linnicher TC SG e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ausgleich von Forderungen, wenn Kontoinhaber nicht das o.g. Neumitglied ist
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von :



Vorname



Name



Ort



Datum



Unterschrift