

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich ab _____ meine Aufnahme als Mitglied in den TV Schwanewede von 1903 e.V.

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Straße, Haus Nr.	Telefon (freiwillige Angabe)
Staatsangehörigkeit	E-Mail (freiwillige Angabe)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Angaben zu weiteren Familienmitgliedern

Folgende Familienangehörige
(Bitte geben Sie Namen, Vornamen, Geburtsdatum und die Abteilung(en) an)

sind bereits Vereinsmitglied:

_____ geb.: _____

_____ geb.: _____

möchten Vereinsmitglied werden (neu):

_____ geb.: _____

_____ geb.: _____

Anerkennung der Beitragssätze und der Vereinssatzung

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis über die Beitragssätze

Aufnahmegebühr für jedes Mitglied	6,00 € einmalig
Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre	6,00 € monatlich
Erwachsene	10,00 € monatlich
Familien	18,00 € monatlich

(Familienbeitrag können beantragen: ein Erwachsener mit zwei Kindern/Jugendlichen und mehr,
zwei Erwachsene mit einem Kind/Jugendlichen und mehr)

und erkenne ausdrücklich die Vereinssatzung (einsehbar in der Geschäftsstelle) an.

Beitragshaftung für minderjährige Mitglieder

Ich/wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind und übernehme/n bis zum Eintritt der Volljährigkeit (21. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein.

Beendigung der Mitgliedschaft

Ein Austritt aus dem Verein hat stets schriftlich zu erfolgen. Die Mitgliedschaft und die Zahlungsverpflichtung für den Mitgliedsbeitrag erlischt zum **30.06.** oder zum **31.12.** eines jeden Jahres, in dem die Austrittserklärung beim Verein eingegangen ist.

Mitgliedschaft in Abteilungen / Gruppen des Vereins

Ich beantrage die Mitgliedschaft in folgender/n Abteilung/en / Gruppen des Vereins: (zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10 Turnen allgemein | <input type="checkbox"/> 19 Fitness für alle / Zumba | <input type="checkbox"/> 50 Schwimmen |
| <input type="checkbox"/> 11 Gymnastik | <input type="checkbox"/> 20 Gesundheitssport | <input type="checkbox"/> 60 Volleyball |
| <input type="checkbox"/> 12 Line - Dance | <input type="checkbox"/> 21 Pilates | <input type="checkbox"/> 70 Tennis |
| <input type="checkbox"/> 13 Break-Dance | <input type="checkbox"/> 22 Blasorchester | <input type="checkbox"/> 80 Leichtathletik |
| <input type="checkbox"/> 14 Show Dance | <input type="checkbox"/> 23 Tanzsport | <input type="checkbox"/> 90 Badminton |
| <input type="checkbox"/> 15 La Gym / Dance for Kids | <input type="checkbox"/> 24 Aerobic | <input type="checkbox"/> 94 Basketball |
| <input type="checkbox"/> 16 Tanz und Bewegung | <input type="checkbox"/> 28 Faustball | <input type="checkbox"/> 96 Boxen |
| <input type="checkbox"/> 17 Rhythm. Sportgymnastik | <input type="checkbox"/> 30 Handball | |
| <input type="checkbox"/> 18 Trampolinturnen | <input type="checkbox"/> 40 Judo | |

Unterschr. Übungsleiter

Ich habe Kenntnis davon, dass die Abteilungen des Vereins einen **zusätzlichen Abteilungsbeitrag** sowie sonstige Leistungen und Pflichten verlangen können.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen.

Die beigefügten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO und die Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller/Erziehungsberechtigte
-----	-------	--

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger widerruflich, Zahlungen (Mitgliedsbeiträge, sonstige Beiträge und Gebühren laut Beitragsordnung) bei Fälligkeit 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 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN des Kontoinhabers

D	E																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber

Kreditinstitut

Ort / Datum / Unterschrift