



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich mit sofortiger Wirkung die Aufnahme in den TSC Dorste von 1907 e.V., Roter Born 2, 37520 Osterode am Harz

Name*: _____

Vorname*: _____

Geburtstag*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

* Pflichtangaben

Beitragsart:

- Kinder 0-14 Jahre
- Jugendliche 15-17 Jahre
- Erwachsene
- Familie ab 3 Personen
- Senioren ab 65 Jahre
- Zumba

Sportart:

- Darts
- Fußball
- Pilates
- Power-Dance
- Radsport

Status:

- aktiv
- passiv

Beiträge	Grundbeitrag	Beitrag Tennis	Fälligkeit
Kinder (0-14)	2,65 € (monatlich)	20,00 € (jährlich)	<i>Sollte der Termin für die Beitragseinzüge auf ein Wochenende fallen, wird der darauf folgende Bankarbeitstag zum neuen Fälligkeitstermin</i>
Jugendliche (15-17)	3,75 € (monatlich)	30,50 € (jährlich)	
Erwachsene	5,30 € (monatlich)	60,00 € (jährlich)	
Senioren (ab 65)	3,75 € (monatlich)		
Familien	11,50 € (monatlich)	125,00 € (jährlich)	
	Einzug vierteljährlich 15.2./15.5./15.8./15.11.	Einzug jährlich am 15.05.	

Der Beitrag für die Tennisabteilung ist zusätzlich zum Grundbeitrag zu zahlen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine personenbezogenen Daten gespeichert verarbeitet und, sofern notwendig, an Dritte (übergeordnete Verbände) übermittelt werden (Artikel 7 DSGVO). Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die gültigen Beiträge und die Vereinssatzung an. Mit dem Eintritt unseres Kindes sind wir einverstanden, für die entstehenden Verbindlichkeiten übernehmen wir die volle Haftung.

....., den
Ort **Datum** **Unterschrift Mitglied / gesetzliche Vertreter**

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE68TSC0000000103

<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt
---	---

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____

Kreditinstitut : _____

Kontoinhaber: _____

....., den
Ort **Datum** **Unterschrift des Kontoinhabers**