TSV KONNERSREUTH 1906 e.V.

Gesteinerstraße 61, 95692 Konnersreuth

-Beitrittserklärung-

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
weitere Mitglieder inkl. Geburtsdatum (bei Familienbeitrag)	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Telefon/Handy	

die Mitgliedschaft im Verein TSV Konnersreuth 1906 e.V. und erkenne die derzeit gültige Satzung des Vereins an.

Jahresbeitrag

O	Familien	60,00€
O	Erwachsene	45,00€
O	Jugendliche ab 14 Jahre	25,00€
O	Kinder bis 14 Jahre	15,00€

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich im ersten Quartal des Jahres ohne Vorankündigung.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die von Ihnen in Ihrer Beitrittserklärung angegeben Daten über Ihre persönlichen und sachlichen Verhältnisse (sog. Personenbezogenen Daten) auf Datenverarbeitungssystemen des Vereins gespeichert und für Verwaltungszwecke des Vereins verarbeitet und genutzt werden. Je nach Anforderung des zuständigen Fachverbandes und des Bayerischen Landes-Sportverbandes werden Daten an die Verbände weitergeleitet für deren Verwaltungszwecke.
Wir sichern Ihnen zu, Ihre personenbezogenen Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Außenstehende weiterzugeben. Sie können jederzeit schriftlich Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten und Korrektur verlangen, soweit die beim Verein oder den Verbänden gespeicherten Daten unrichtig sind. Sollten die gespeicherten Daten für die Abwicklung der Geschäftsprozesse des Vereins/der Verbände nicht notwendig sein, so können Sie auch eine Sperrung, gegebenenfalls auch eine Löschung, Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDAT

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000311993
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TSV Konnersreuth 1906 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TSV Konnersreuth 1906 e.V. 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlungsart
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

IBAN:
BIC:
Kreditinstitut:
Kontoinhaber:

_____, _____

Ort **Datum**

_____

Unterschrift Zahlungspflichtige(r)

_____

Unterschrift Mitglied/gesetzl. Vertreter