

HTSV Leiberg e.V.



Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit meine Aufnahme als Mitglied in die Abteilung _____ des HTSV Leiberg e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Zur Erfüllung der Zwecke und Aufgaben des Vereins werden unter Beachtung der Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) personenbezogene Daten über persönliche und sachliche Verhältnisse der Mitglieder im Verein verarbeitet. (Gültig für die Dauer der Mitgliedschaft, oder bis auf Widerruf, siehe auch: www.htsv-leiberg.de Datenschutz)

*Ich erkenne die vor genannten Datenschutzbestimmungen an:
(bei Minderjährige Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)*

Ort, Datum		Unterschrift
<input type="checkbox"/> Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr im Beitragsjahr	20€	Der Beitrag passt sich automatisch je nach Alter an.
<input type="checkbox"/> Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr im Beitragsjahr	30€	Der Beitrag passt sich automatisch je nach Alter an.
<input type="checkbox"/> Erwachsene ab dem vollendeten 21. Lebensjahr im Beitragsjahr	45€	Der Beitrag passt sich automatisch je nach Alter an.
<input type="checkbox"/> Senioren/ innen ab 60 Jahre	12€	Der Beitrag passt sich automatisch je nach Alter an.
<input type="checkbox"/> Familienbeitrag	70€	Ab dem 21. Lebensjahr wird ein eigener Beitrag fällig.
<input type="checkbox"/> Passives Mitglied (ggf. Mitglied in einem anderen Verein)	25€	
Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des HTSV Leiberg e.V. an.		

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
HTSV Leiberg e.V., Hohler Weg 10, 33181 Leiberg
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE45ZZZ00000515684**

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den HTSV Leiberg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem HTSV Leiberg 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____ Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift _____