B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Turngemeinschaft Ardorf e. V. 26409 Ardorf, Poolweg 9

www.TG-Ardorf.de

(Bitte ankreuzen)

Sparte: ☐ **Aktiv** ☐ **Passiv**

- ☐ Eltern-Kind-Gruppe / Kinderturnen / Kinder-Zumba
- ☐ Aerobic / Fitness-Langhantel / Bauch-Beine-Po Zumba / Turnen / Gymnastik
- ☐ Gesundheitssport / Flexi-Bar
- ☐ Tischtennis
- ☐ Badminton/Speedminton
- ☐ _____ -Kurs *1)

*1) zeitlich begrenzte Kurse, evtl. zusätzliche Kursgebühr

(Nicht ausfüllen:)

Mitglieds-Nr.:

Jahresbeiträge: **gültig ab 01.07.2015**

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	**18**	**Euro**
Erwachsene:	**51**	**Euro**
Familienbeitrag maximal	**90**	**Euro *)**

***) Eine Familie wird aus Eltern und minderjährigen Kindern gebildet**
Es wird immer die, für die Mitglieder, günstigste Beitragsvariante gewählt.

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 30. April eines Jahres. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am letzten Bankarbeitstag im April.

Nach diesem Termin erfolgt der Beitragseinzug für den Rest des Jahres immer am letzten Bankarbeitstag des Monats, in dem die Mandatsreferenz per Überweisung mitgeteilt wurde.

M i t g l i e d (e r)

Ist ein Familienmitglied bereits Mitglied ? ☐ **Ja** **Falls ja, Bitte Name u. Geburtsdatum des Mitgliedes mit aufführen**

Vorname/Name:		Geb.-Datum:	
Vorname/Name:		Geb.-Datum:	
Vorname/Name:		Geb.-Datum:	
Vorname/Name:		Geb.-Datum:	
Straße:		Telefon/Handy:	
PLZ/Wohnort:		Email:	

Ich (Wir) erkläre(n) hiermit meinen (unseren) Beitritt zur Turngemeinschaft Ardorf e. V. und erkenne(n) die Vereinssatzung verbindlich an.

Turngemeinschaft Ardorf e. V., Poolweg 9, 26409 Wittmund-Ardorf **-nachfolgend TG Ardorf e. V.**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE34TGA00000035053 **Mandatsreferenz TGA *) .**

***) wird von der TG per Überweisung mitgeteilt**

SEPA-Lastschriftmandat (lt. Satzung ohne SEPA-Mandat keine Mitgliedschaft möglich) **Zahlungsart: Wiederkehrend für Beiträge**

Ich/Wir ermächtige(n) die TG Ardorf e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der TG Ardorf e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:			
Anschrift:			
Kreditinstitut:		BIC :	
IBAN:			

Dieses SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT gilt für die Vereinsmitgliedschaft aller oben aufgeführten Personen

Eine Kündigung der Mitgliedschaft hat schriftlich zu erfolgen und kann unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Schluss eines Kalenderhalbjahres ausgesprochen werden.

Eine Änderung der Bankverbindung bzw. der Anschrift werde ich unverzüglich bekanntgeben. Sollte es zu Lastschriftrückgaben kommen, verpflichte ich mich, der Turngemeinschaft Ardorf e. V. die entstandenen Kosten hierfür zu ersetzen.

Datenschutzerklärung

Der Verein erhebt zur Erfüllung der in der Satzung definierten Aufgaben und des Zwecks des Vereins Daten über persönliche und sachbezogene Verhältnisse seiner Mitglieder. Hiermit erteile ich die Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes.

_____ _____

Ort und Datum

_____

Unterschrift des Mitgliedes

_____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

_____

Unterschrift des Kontoinhabers wenn nicht identisch mit Mitglied