



# TURNVEREIN 1919 RASTATT-RHEINAU E.V.



Ich beantrage zum 01. \_\_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ die Mitgliedschaft in den Turnverein 1919 Rastatt-Rheinau e.V.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich:  weiblich:  divers:

**Der Jahresbeitrag und Einzugstermin ist nach § 5 unserer Satzung ([www.TV-Rastatt-Rheinau.de](http://www.TV-Rastatt-Rheinau.de)) in einer Beitragsordnung festgelegt und beträgt für:**

Kinder und Jugendliche	55,00 €	<input type="checkbox"/>
Erwachsene ab 18 Jahre	60,00 €	<input type="checkbox"/>
Familien	130,00 €	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Abteilungsbeitrag (Basketball) *	30,00 €	<input type="checkbox"/>
Zusätzlicher Abteilungsbeitrag (Zumba)	30,00 €	<input type="checkbox"/>
Einmalige Aufnahmegebühr	10,00 €	<input type="checkbox"/>

\* Zusatzbeitrag Basketballer erst ab 18 Jahre

Abteilung: Turnen(Fitness)  Leichtathletik  Basketball

Übungsstunde: \_\_\_\_\_ Übungsleiter: \_\_\_\_\_

Besteht bereits die Mitgliedschaft eines Familienmitglieds, Name und Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Datenschutz: mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

Rastatt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Mitglied oder unter 18 Jahren der ges. Vertreter

TV 1919 Rastatt-Rheinau e.V., Altmurgweg 19, 76437 Rastatt, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00001099643

## SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer des neuen Vereinsmitglieds

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TV 1919 Rastatt-Rheinau e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV 1919 Rastatt-Rheinau e.V. 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN (22 Zeichen): 

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

BIC (11 Zeichen): 

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_