Beitrittserklärung

Name: _____

Vorname: _____

☐ weiblich ☐ männlich

geb. am: _____

Straße Nr.: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Bei Minderjährigen Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Die Kündigung ist nur schriftlich bis 6 Wochen vor Quartalsende an die Geschäftsstelle (Keplerstraße 7, 66540 Neunkirchen) möglich!

Anmeldung für:

01	☐	TURNEN
02	☐	FUSSBALL
03	☐	HANDBALL
04	☐	BADMINTON
05	☐	KEGELN

Mitgliedsnummer
(wird vom Verein ausgefüllt)

Die Mitglieder des Vereins sind in der Sportunfall- und Haftpflichtversicherung des Landessportverbandes für das Saarland versichert.
Diese Versicherung kann jedoch nur in Anspruch genommen werden, wenn der laufende Vereinsbeitrag bezahlt ist.

Ich zahle im TuS Wiebelskirchen folgende monatlichen Beiträge:

☐ 9,00 € Erwachsene

☐ 6,00 € Kinder, Schüler, Jugendliche, Studenten, Auszubildende, Rentner

☐ 15,00 € Familien

☐ vierteljährlich (15. Feb., Mai, Aug., Nov.) ☐ halbjährlich (15. Feb., Aug.) ☐ jährlich (15. Feb.)

Ich bin damit einverstanden dass die vorgenannten Daten von dem Verein zur Sachbearbeitung und Mitgliederverwaltung verwendet und gespeichert werden dürfen. Die Hinweise zur Datenverarbeitung und Informationen zum Datenschutz und meinen Betroffenenrechten habe ich zur Kenntnis genommen **(www.tuswiebelskirchen.de/datenschutz)**.
Ich willige ein, dass meine personenbezogene Daten zum Zwecke von Vereinsangelegenheiten verarbeitet werden dürfen. Ferner willige ich ein, dass die Kommunikation mit mir über unverschlüsselte Email erfolgen kann.

Wiebelskirchen, _____ X _____
Datum Unterschrift (bei Minderjährigen eines gesetzlichen Vertreters)

TuS Wiebelskirchen e.V., Keplerstraße 7, 66540 Neunkirchen

Gläubiger - Identifikationsnummer: **DE67ZZZ00000355141** Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TuS Wiebelskirchen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TuS Wiebelskirchen 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.

Kontoinhaber: _____
Vorname, Name

_____ _____
Straße , Hausnummer Postleitzahl , Ort

Kreditinstitut: _____ _____
Name BIC

DE__ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __
IBAN

Wiebelskirchen, _____ X _____
Datum Unterschrift

TuS Wiebelskirchen e.V.

Turn- und Sportverein
Keplerstraße 7
66540 Neunkirchen
Fon: 0 68 21 / 59 07 69
Fax: 0 68 21 / 59 07 78
gstelle@tuswiebelskirchen.de
www.tuswiebelskirchen.de

Bankverbindung:
Sparkasse Neunkirchen
IBAN:
DE23 5925 2046 0041 0034 03
BIC: SALADE51NKS
Bank1Saar
IBAN:
DE89 5919 0000 0300 2120 00
BIC: SABADE5S