

Aufnahmeantrag Turnerbund Lengede e.V.

Eltern-Kind-Turnen

Sandschachtweg 3, 38268 Lengede;
Kontakt: 1. Vorsitzender: burkharddubiel@tb-lengede.de



Ich, _____ (Vor- und Zuname ggf. des gesetzlichen Vertreters) bitte um Aufnahme mit Wirkung vom _____ in den Turnerbund Lengede e.V.

Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Quartalende gekündigt werden. Dazu muss eine Kündigung mindestens zwei Wochen vorher schriftlich beim Vorstand vorliegen. Kündigungen per E-Mail werden akzeptiert.

Ich beantrage die Aufnahme von:

Kind (Vor- und Zuname): _____ geb. _____

Vor- und Zuname Eltern: _____

Straße/PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Einmalige Aufnahmegebühr: 6,00€
Monatlicher Beitrag: 6,00€ (Grund- und Spartenbeitrag)

Hiermit bestätige ich,

- dass mir bewusst ist, dass der Mitgliedsbeitrag aus einem monatlichen Grundbetrag und Gruppenzuschlägen jener Gruppen, in denen ich/mein Kind/meine Familienmitglieder aktiv sind, besteht. Die monatlichen Grundbeträge sowie Spartenzuschläge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragsordnung, sind auf der Homepage des TBL einzusehen und wurden mir ggf. auf Verlangen genannt/vorgelegt. Änderungen sind dem Vorstand mitzuteilen.
- dass mir bewusst ist, dass eine einmalige Aufnahmegebühr von 6€ zu zahlen ist.
- dass ich nach Artikel 13 und 14 DSGVO (auf der Homepage des TBL einzusehen oder Einsicht durch Aushang im Vereinsheim) über die Datenverarbeitung beim Turnerbund Lengede e.V. informiert wurde.
- dass ich weiß, dass ich die Satzung und Geschäftsordnung über die Homepage des TBL einsehen kann und diese für die Mitgliedschaft bindend ist.

Sepa-Lastschriftverfahren:

Turnerbund Lengede e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52 ZZZ0 0000 0279 39
Mandatsreferenz: Mitgliednummer (wird nach Anmeldung mitgeteilt)
Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung – vierteljährlich

Hiermit ermächtige ich den Turnerbund Lengede e.V. Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Turnerbund Lengede von meinem Konto abgebuchten Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Zuname des Kontoinhabers: _____

Adresse des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller:in	Ort/Datum	Unterschrift Kontoinhaber:in