

MITGLIEDSANTRAG



Persönliche Angaben

| | |
|---------|--------------|
| Name | Geburtsdatum |
| Straße | PLZ, Ort |
| Telefon | E-Mail |

Mitgliedsbeitrag (zutreffendes ankreuzen)

- Vollzahler (15€/Monat)
- Kinder bis 14 Jahre (6€/Monat)
- Jugendliche 15 -17 Jahre (8€/Monat)
- Auszubildende, Studenten, Arbeitslose, Rentner,
Mitglieder im sozialen Freiwilligendienst (12€/Monat)

Familientarif (Möglichkeiten zur Beitragsermäßigung)

- Wenn die Eltern Mitglied sind: - Eltern zahlen den normalen Beitrag, 1. Kind zahlt die Hälfte des Beitrages, alle weiteren Kinder sind beitragsfrei gestellt
- Wenn die Eltern nicht Mitglied sind, jedoch mehrere Geschwister: - Das zuerst eingetretene Kind zahlt den vollen Beitrag, alle weiteren Geschwister zahlen die Hälfte des Beitrages

Schlusserklärungen

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim 1. TTC Greifswald e. V. und verpflichte mich die Satzung einzuhalten.

| | |
|-----------|--------------|
| Ort/Datum | Unterschrift |
|-----------|--------------|

Der Mitgliedsantrag wurde geprüft. Die Aufnahme wurde bestätigt

| | |
|-----------|-----------------------------|
| Ort/Datum | Unterschrift des Vorstandes |
|-----------|-----------------------------|



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Um Sie als Mitglied unseres Vereins zeitnah, umfassend und individuell informieren zu können, benötigen wir die mit dem Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogene Daten von Ihnen.

Das sind Name, Geburtsdatum, Beruf (für Berechnung der Höhe des Mitgliedsbeitrages), Anschrift, E-Mail, Telefon-Nr. und Eintrittsdatum.

Die mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung erhobenen und gespeicherten Daten werden ausschließlich vom 1. TTC Greifswald e.V. ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung, Beitragserhebung und Bestandsmeldung an die Verbände, in denen der Verein Mitglied ist, genutzt.

Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, sofern der Verein hierzu gesetzlich verpflichtet ist.

Mit ist bekannt, dass ich zur Abgabe der Einwilligungserklärung nicht verpflichtet bin und ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf ist per E-Mail zu richten an: andreas.weissenborn@web.de

oder postalisch an:

1. TTC Greifswald e.V.
Andreas Weißenborn
Salinenstraße 48
17489 Greifswald

Der Widerruf bewirkt, dass meine aufgrund dieser Einwilligungserklärung erfassten Daten gelöscht werden. Mit der Verwendung der oben angegebenen Daten durch den 1. TTC Greifswald e.V. zum Zwecke der Mitgliederverwaltung etc. erkläre ich mich hiermit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



000000000100532601170

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Tischtennisverein 1. TTC Greifswald e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Salinenstraße 48

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

17489 Greifswald

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 0 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 2 8 0 8 1 6

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: