TSG Düderode / Oldenrode e.V.
von 1907/1913
Mitgliederverwaltung

Beitrittserklärung

Ich bitte, mich bzw. nachstehendes Familienmitglied in die TSG Düderode/Oldenrode aufzunehmen:
1/ Beantragte **Mitgliedschaft** für:

Name:_____ **Vorname:**_____

Geburtsdatum:_____ **Eintritt zum:**_____

Beruf:_____ **Telefon-Nr.:**_____

PLZ/Wohnort: _____ **Straße /Nr.** _____

Emailadresse: _____ **Sparte:**_____

2/ **Änderungen:** Wohnungswechsel, Hochzeit, FÖJ/FSJ/BFD, Arbeitslosigkeit, Studium, Ausbildung sowie Änderung der Bankverbindung bitte **sofort dem Kassenwart** mitteilen!

3/ **Datenschutz:** Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung gem. DSGVO der auf der Beitrittserklärung enthaltenen Daten für Zwecke der TSG Düderode/Oldenrode e.V. bin ich einverstanden.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift (Bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter)

4/ **Austrittserklärung:** Nur schriftlich an den Kassenwart oder den 1. Vorsitzenden.

Bei Familienbeitrag: folgende Personen sollen zusätzlich mit aufgenommen werden.		
Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum
Name	Vorname	Geb. Datum

5/ **Mitgliedsbeiträge*:**
Die Jahresbeiträge betragen zurzeit:
- ○ Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) EUR 40,00
- ○ Erwachsene (ab 18 Jahre) EUR 50,00
- ○ Ehepaar und Kind/er (Familienbeitrag) EUR 75,00
- ○ Auszubildende und Studenten EUR 40,00

Der Einzugstermin ist jeweils zum 01. März des Jahres. Fällt der Einzugstermin auf keinen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag. * Entsprechendes bitte ankreuzen

6/ **Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat**
Hiermit ermächtige ich die TSG Düderode/Oldenrode e.V. von 1907/1913 den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TSG Düderode/Oldenrode e.V. von 1907/1913 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.

Gäubiger-Identifikationsnummer: DE97ZZZ00000422113 Mandatsreferenz:_____
(vom Zahlungsempfänger einzutragen)

Kontoinhaber: _____Kreditinstitut_____

IBAN_____BIC_____
Die Einzugsermächtigung gilt auch für den höheren Beitrag von Familienmitgliedern nach Erreichen des 18. Lebensjahres, bis eine Einzugsermächtigung vorliegt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) Antragssteller und Kontoinhaber)