



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Taekwon-Do Habichtswald e. V. ab dem _____ .

Ich beantrage die Aufnahme als (zutreffendes bitte ankreuzen)

- aktives Mitglied
- passives Mitglied

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung und sonstige Ordnungen des Vereins einschließlich der Beitragsfestsetzungen an. Die entsprechenden Unterlagen können beim Vorsitzenden zur Einsicht angefordert werden.

Zum Zeitpunkt des Aufnahmeantrags sind folgende monatlich zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge festgesetzt:

Aktive Vereinsmitglieder:

Erster Erwachsener einer Familie - 25,00 Euro
Zweiter Erwachsener einer Familie - 20,00 Euro
Erstes Kind einer Familie - 20,00 Euro
Zweites Kind einer Familie - 15,00 Euro
Jedes weitere Kind einer Familie ist beitragsfrei
Studenten und Schüler: 20,00 Euro

Passive Mitglieder:

Pro Person 5,00 Euro

- Ich beantrage eine Beitragsermäßigung als Studierende/-r. Einen entsprechenden Nachweis füge ich dem Aufnahmeantrag bei.

Aufnahme Minderjähriger:

Wir geben unsere Zustimmung als gesetzliche Vertreter zum Aufnahmeantrag und haften dem Verein gegenüber für die Entrichtung des Mitgliedsbeitrags. Sofern diese Unterschrift nur von einer Person geleistet wird, bestätigt diese ausdrücklich, dass Alleinvertretungsberechtigung besteht.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en): _____

(bei Jugendlichen unter 18 Jahren sind / ist die Unterschrift/en des / der gesetzlichen Vertreter/s erforderlich.)

Der Verein Taekwon-Do Habichtswald e.V. weist gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Geburtsdaten, Adressen, Telefonnummern, Email-Adressen.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Der Verein Taekwon-Do Habichtswald e.V. ist verpflichtet, folgende mitgliedsbezogene Daten an den Fachverband ITF zu übermitteln: Name, Geburtsdatum, Eintrittsdatum. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit dem Vereinszweck sowie satzungsgemäßen Veranstaltungen personenbezogene Daten und Fotos von mir auf der Homepage und in sozialen Medien des Vereins veröffentlicht und diese ggf. an Print- und andere Medien übermittelt. Dieses Einverständnis betrifft insbesondere folgende Veröffentlichungen: Ergebnislisten, Mannschaftslisten, Berichte über Ehrungen.

Veröffentlicht werden ggf. Fotos, der Name, die Vereins- und Abteilungszugehörigkeit, die Funktion im Verein, ggf. die Einteilung in Wettkampf- oder andere Klassen inklusive Alter und Geburtsjahrgang. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit gegenüber dem Vorstand der Veröffentlichung von Einzelfotos und persönlichen Daten widersprechen kann. In diesem Fall wird die Übermittlung/Veröffentlichung unverzüglich für die Zukunft eingestellt. Etwa bereits auf der Homepage des Vereins veröffentlichte Fotos und Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en): _____

(bei Jugendlichen unter 18 Jahren sind / ist die Unterschrift/en des / der gesetzlichen Vertreter/s erforderlich.)

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Taekwon-Do Habichtswald e. V., Fuldaweg 1, 34317 Habichtswald
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00001521587
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige Taekwon-Do Habichtswald e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Taekwon-Do Habichtswald e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlungen

Name Vorname (Kontoinhaber)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

_____/_____/_____/_____/_____
IBAN

BIC

Kreditinstitut (Name)

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en): _____

(bei Jugendlichen unter 18 Jahren sind / ist die Unterschrift/en des / der gesetzlichen Vertreter/s erforderlich.)