



## Aufnahmeantrag TuS Garbek von 1949 e.V.

TuS Garbek von 1949 e.V. – Hohler Weg 7 - 23829 Kükels

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000378766

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft ab dem \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Telefon\* \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon\* \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

### Art der gewünschten Mitgliedschaft (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Erwachsene/r (z.Zt. 12,00 €/Monat)       Familie (z.Zt. 20,00 €/Monat)  
 Passivmitglied (z.Zt. 5,00 €/Monat)       Jugendliche/r (z.Zt. 5,00 €/Monat)  
 Fördermitgliedschaft mit ..... €/Monat

### Gewünschte Sparte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badminton    | <input type="checkbox"/> Fußball                                 | <input type="checkbox"/> Schiedsrichter                         |
| <input type="checkbox"/> Body-Forming | <input type="checkbox"/> Kinderturnen                            | <input type="checkbox"/> Tischtennis                            |
| <input type="checkbox"/> Dart         | <input type="checkbox"/> Rückenschule<br>(5,50 € Spartenbeitrag) | <input type="checkbox"/> Yoga<br>(z.Zt. 15,00 € Spartenbeitrag) |

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TuS Garbek von 1949 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift vierteljährlich einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TuS Garbek von 1949 e.V. 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/in: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: DE \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Zahlungspflichtigen bzw. Kontoinhabers