



# TURN- UND SPORTVEREIN 1902 PHILIPPSTHAL ( WERRA )



Mitglied des Deutschen Turner-Bund

1. Vorsitzende  
Jutta Käsling  
Weinberg 31  
36269 Philippsthal  
Tel.: 06620 / 8524  
e-mail: j.kaesling@tsv-philippsthal.de

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich / wir meinen Beitritt / den Beitritt unseres Sohnes / unserer Tochter  
(nicht zutreffendes bitte streichen)

als aktives/passives Mitglied zum Turn- und Sportverein 1902 Philippsthal  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 5122200000195476

Name  Vorname   
Geburtsdatum  Tel.-Nr.:   
Anschrift

Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer.....  
(wird vom Verein vergeben)

Der Jahresbeitrag beträgt:	Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	€ 15,00
	Erwachsene	€ 20,00
	Ehepartner	€ 15,00

Der Einzug des o. g. Jahresbeitrages erfolgt zum 31.03. eines jeden Jahres. Die Mitgliedschaft endet nur durch schriftliche Kündigung, mit 6-wöchiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres  
Änderungen, z.B. Anschrift, Bankverbindung usw. sind dem TSV unverzüglich mitzuteilen  
(denn es entstehen Ihnen sonst zusätzliche Kosten beim Fehleinzug Ihres Mitgliedsbeitrages)

Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Ihre in der Beitrittserklärung angegebenen Daten zur internen Vereinsverwaltung und -organisation z. B. runde Geburtstage und Jubiläen verarbeiten. Weiterhin nutzen wir Ihre Daten und ggf. Fotos zur Übermittlung an Dritte, (Sportverbände, eigene Homepage, lokale Presse), im Rahmen der Vereinsführung.  
Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten verwendet werden dürfen.

.....  
Datum / Ort / Unterschrift des Mitgliedes/Erziehungsberechtigten

## SEPA Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Turn- und Sportverein 1902 Philippsthal, Beitragszahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift wiederkehrend einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Turn- und Sportverein 1902 Philippsthal auf mein/unser Konto gezogene 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.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Anschrift

BIC sowie Name des Kreditinstitutes

IBAN

Datum / Ort

.....

Unterschrift des Kontoinhabers