

EINTRITTSERKLÄRUNG

(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Name

Vorname

m / w

Geburtsdatum

Telefonnummer (mit Vorwahl)

Straße und Hausnummer

Email-Adresse

Postleitzahl und Wohnort

Eintrittsdatum

Name d. Erziehungsberechtigten
(Angabe bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren notwendig)

Vorname d. Erziehungsberechtigten

Einen Nachweis über Ausbildung/Studium füge ich bei.

- Als **Aufnahmegebühr** gilt ein Monatsbeitrag.
- Die **Kündigung** muss schriftlich, frühestens 6 Monate nach Eintritt und unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende erfolgen.
- Meine **persönlichen Daten** werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Die **Vereinssatzung**, einsehbar in der Geschäftsstelle oder direkt von der Homepage herunterladbar, erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Abteilung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Baseball | <input type="checkbox"/> Eltern/Kind-Turnen* | |
| <input type="checkbox"/> FitKids | <input type="checkbox"/> Fitness | <input type="checkbox"/> Floorball | <input type="checkbox"/> Gymnastik 50+ |
| <input type="checkbox"/> Hobbyball | <input type="checkbox"/> Korbball | <input type="checkbox"/> Nordic Walking | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Rhythmische Sportgymnastik (____ mal die Woche) | <input type="checkbox"/> Skat | | |
| <input type="checkbox"/> Softball | <input type="checkbox"/> Tennis | <input type="checkbox"/> Tischtennis | <input type="checkbox"/> Trampolin |
| <input type="checkbox"/> Volleyball | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> passiv | |

*) Eine 2. Erklärung für das Kind ist erforderlich!

Hannover, den _____
(Datum)

(eigenhändige Unterschrift, bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

TuS Vahrenwald 08 e.V.
Sahlkamp 4c
30179 Hannover
Gläubiger-Identifikation-Nummer: DE52ZZZ00000090698
IBAN: DE73 2519 0001 0778 3515 00 BIC: VOHADE2H
(Zahlungsempfänger)

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN _____ BIC _____

bei _____
(genaue Bezeichnung des Kreditinstituts)

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Einzugstermine werden in den dreimal jährlich erscheinenden Vereinsnachrichten veröffentlicht.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des konto-führenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname

genaue Anschrift

Hannover, den _____
(Datum)

(eigenhändige Unterschrift des Kontoinhabers)