AUFNAHMEANTRAG FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich ab dem 01. _____ (Monatsbeginn) die Aufnahme als Fördermitglied in den gemeinnützigen Verein Tyger Trimiar Gym e.V.

Name: _____

Anschrift: _____

Emailadresse: _____

Ich zahle meinen Förderbeitrag in Höhe von:

❒ 7€ als Monatsbeitrag
❒ 10€ als Monatsbeitrag
❒ 20€ als Monatsbeitrag
❒ _____€ als Monatsbeitrag

❒ 80€ als Jahresbeitrag
❒ 100€ als Jahresbeitrag
❒ 200€ als Jahresbeitrag
❒ ____€ als Jahresbeitrag

❒ Ich verstehe, dass ich als Fördermitglied nicht an sportlichen Angeboten des Vereins teilnehmen kann und auf Mitgliederversammlungen kein Stimmrecht habe. Ich bestätige, dass mir Vereinssatzung und Beitragsordnung in der zum Zeitpunkt der Aufnahme aktuellen Fassung bekannt sind. Meine Fördermitgliedschaft kann ich mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen. Bei Jahresbeträgen teile ich dem Verein eine Änderung meines Jahresbeitrags bis zum 15. Januar des Jahres schriftlich mit. Geschieht das nicht rechtzeitig, verpflichte ich mich den bisherigen Beitrag ein weiteres Jahr zu zahlen. Bei Änderungen meiner Kontaktdaten werde ich den Verein rechtzeitig darüber in Kenntnis setzen.

❒ Ich bin damit einverstanden, dass der Tyger Trimiar Gym e.V. meine in diesem Antrag mitgeteilten personenbezogenen Daten erhebt, verarbeitet und speichert, soweit und solange dies zu Zwecken der Mitgliedschaft erforderlich ist. Meine Einwilligung gilt bis auf Widerruf, den ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich erklären kann. Die Durchführung der Fördermitgliedschaft wird bei Widerruf der Einwilligung unmöglich. Ich nehme den “§12 Datenschutz im Verein” in der aktuellen Fassung der Vereinssatzung zur Kenntnis.

_____
Ort, Datum und Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger Identifkationsnummer: DE63ZZZ00002412583 Die Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt.
Ich ermächtige Tyger Trimiar Gym e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Tyger Trimiar Gym e.V., Bodenstedtstraße 16, 22765 Hamburg, auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in:_____

Geldinstitut:_____ BIC:_____

IBAN:_____

Datum, Unterschrift:_____