

Turnverein Lohnde von 1920 e.V.

1.Vorsitzender: André Böder, Am Steingrande 20, 30926 Seelze

www.tv-lohnde.de

info@tv-lohnde.de

Eintrittserklärung



Name: _____ Vorname: _____ m: ☐ w: ☐

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geb.: _____ Tel: _____

Email: _____

Ich möchte folgenden Abteilungen angehören:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Body Fit | ☐ Jazzies | ☐ Turnen |
| ☐ Boule | ☐ Leichtathletik | ☐ Volleyball |
| ☐ Eltern u. Kind Turnen* | ☐ Passiv | ☐ YoFaPi |
| ☐ Fitness Zirkel | ☐ Tischtennis | |
| ☐ Gymnastik f. ältere Damen | ☐ Trakour | |

Hiermit erkläre ich zum _____ meinen Eintritt in den TV Lohnde. Gleichzeitig erkenne ich die Satzung des Vereins an. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personengebundenen Daten gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz für die Zwecke des TV Lohnde bin ich einverstanden. Ich erteile meine Zustimmung zur Veröffentlichung von Fotos nur im Rahmen von Aktivitäten des TV Lohnde. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist frühestens nach 1-jähriger Mitgliedschaft und nur zum Quartalsende mit einer Kündigungsfrist von einem Monat möglich. Der Austritt erfolgt nur durch schriftliche Erklärung gegenüber einem Vorstandsmitglied. Die Beitragszahlung erfolgt grundsätzlich durch Lastschriftverfahren entsprechend dem Lastschrift-Mandat. Bei Eintritt in den Verein wird einmalig eine Aufnahmegebühr in Höhe eines Monatsbeitrages erhoben.

** Aus versicherungstechnischen Gründen muss beim Eltern-Kind-Turnen min. 1 Elternteil Mitglied in unserem Verein sein. Näheres erfahren Sie bei den jeweiligen Sparten-/Übungsleitern.*

Ich erteile meine Zustimmung zur Veröffentlichung von Fotos nur im Rahmen von Aktivitäten des TV Lohnde.

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum: _____
Unterschrift (bei Minderjährigen beide gesetzl. Vertreter) _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00000308357 **Mandatsreferenz:** Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Turnverein Lohnde von 1920 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV Lohnde 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift

☐ Halbjährliche Zahlung ☐ Jährliche Zahlung

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

IBAN: DE

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____