

TURN KLUB

FLensburg



Beitrittserklärung

<u>Mitgliedsbeiträge:</u>		<u>Bankverbindung:</u>
Kinder	4,- EUR mtl.	NOSPA
Leistungsriege Gerätturnen und Yoga für Erwachsene	10,- EUR mtl.	IBAN: DE 46 2175 0000 0000 0737 92
Erwachsene	7,- EUR mtl.	
Familienpauschale	16,- EUR mtl.	
Die Beiträge werden jeweils vierteljährlich zum 1.2., 1.5.,1.8. und 1.11. per Lastschrift eingezogen.		

Bitte händigen Sie die 2. und 3. Seite des vollständig ausgefüllten Formulars dem/der Übungsleiter/in aus. Der/Die ÜL leitet es per Post an den Kassenwart (Dieter Skowronek) weiter.

1. Vorsitzender/Vereinsadresse:

Holger Hansen
Weserstr. 3
24943 Flensburg
Tel.: 0461-35040
E-Mail: info@turnklub-flensburg.de

Kassenwart:

Dieter Skowronek
Klabundeweg 5
24943 Flensburg
Tel.: 0461-34672
E-Mail: kassenwart@turnklub-flensburg.de

Fragen zur Mitgliedschaft und/oder zur Beitragszahlung beantwortet Ihnen gern der Kassenwart des TKF, Herr Dieter Skowronek.

Kündigungen der Mitgliedschaft:

Bitte schriftlich an den Kassenwart unter Angabe der Mitglieds-Nr. (siehe Kontoauszug) und ggf. Geb.-Namen

Frist: 4 Wochen zum Monatsende

Im Internet können Sie sich über das gesamte Übungsangebot des TKF informieren:

www.turnklub-flensburg.de

Die erste Seite ist für Ihre Unterlagen bestimmt; Die 2. und 3. Seite bitte dem ÜL aushändigen



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen/unseren Beitritt in den Turnklub Flensburg e. V. .

Es besteht bei Ausfall des Sportbetriebs aufgrund höherer Gewalt (u. a. z. B. Bauarbeiten in der Turnhalle, schulische Veranstaltungen) kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung. Es findet kein Sportbetrieb während der Schulferien statt.

(bitte in DRUCKSCHRIFT gut leserlich ausfüllen).

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße, Nr.	PLZ/Wohnort	E-Mail
Telefon Festnetz	Telefon-Handy	Beginn der Mitgliedschaft
Sparte(n)	Übungsort des TKF	TKF-Übungsleiter(in)

Zugleich erkläre ich den Beitritt folgender Familienmitglieder:

Name	Vorname	Geb.-Datum
Name	Vorname	Geb.-Datum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom Turnklub Flensburg e.V. (TKF) zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Vereinsverwaltung, E-Mail Kommunikation, Einzug der Mitgliedschaftsbeiträge, Forderungsmanagement, Ehrung langjähriger Vereinsmitgliedschaften. Die Daten der Mitgliederverwaltung werden zwei Jahre, die Daten der Beitragsverwaltung werden zehn Jahre aufgehoben. Die Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt im Rahmen des Sportbetriebes ggf. an Landes-, Bundes-, sowie Fachverbände wenn für den Sport-, und Wettkampfbetrieb erforderlich. Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DS-GVO vom 25.05.2018 (Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union) erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, ferner, dass ich mein Einverständnis widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten vom Verein gelöscht. Meine Widerrufserklärung richte ich an die Vereinsanschrift des TKF.

Mit der Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung stimme ich zu, dass von mir oder von meinen Kindern ggf. aufgenommene Fotos im Sportbetrieb des TKF für Zwecke der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des TKF verwendet werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

TURN KLUB

FLensburg



Beitrittserklärung

Zusätzlich bitte die 3. Seite des Formulars ausfüllen und dem ÜL aushändigen

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger - Identifikationsnummer DE 74 ZZZ00000484413, Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer siehe Kto-Auszug)

Ich ermächtige den Turnklub Flensburg e.V. (TKF) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TKF auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchungen erfolgen jeweils zum 01.02., 01.05., 01.08. und 01.11. des Jahres.

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 Zahlungen.

Nachname (Kontoinhaber)	Vorname (Kontoinhaber)
Geldinstitut	
IBAN /Konto-Nr. (22-stellig)	BIC / Bankleitzahl (11-stellig)
DE _ _ _ _ _	_ _ _ _ _

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)