



Beitrittserklärung

Ich bitte, mich bzw. mein nachstehend genanntes Familienmitglied in den Verein aufzunehmen. Zugleich gebe ich meine Einwilligung gemäß Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen, geschützten Daten.

Geschlecht männlich weiblich **Mitglieds-Nr / Mandatsreferenz:**
(wird vom Verein ausgefüllt)

Geburtsdatum

Vorname **Name**

Straße

PLZ **Ort**

E-Mail@.....

Telefon **Mobil**

Eintrittsdatum **Sportart/Abteilung**

Wichtig!! Verschiedene Abteilungen erheben einen Zusatzbeitrag. Dieser wird von den Abteilungen gesondert erhoben und muss bei Austritt vom Mitglied/Erziehungsberechtigten extra gekündigt werden.

Mit der Mitgliedschaft erkläre ich mein Einverständnis, dass im Rahmen der Vereinsmitgliedschaft auch erstellte Bilddateien, die mich oder meine Angehörigen als Mitglied abbilden, vom ATSV Saar-brücken e.V. zeitlich, räumlich und inhaltlich unbegrenzt zum Zwecke der Darstellung des Sport- und Vereinsgeschehens, in den offiziellen Medien des ATSV (Kurier u. Internet = alle social media Seiten) verwendet und genutzt werden dürfen. Ein Widerspruch bedarf der gesonderten Schriftform an die Geschäftsstelle des Vereins.

Beiträge je Monat: (ab 01/2018)

- 10,00 € Ki., Ju, Schü, Azubi, Studenten bis 25. LJ
- 11,00 € Erwachsene
- 25,00 € Familien ab 3 Pers. (mind. 1 Erwachsener)
- 0,00 € Familienmitglied
- 8,00 € Rentner/sonst ab 65. LJ
- 7,00 € Trainer ohne Honorar

Zahlungsweise (Fälligkeiten):

- 1/1 jährlich (am 31.01. des Jahres)
- 1/2 halbjährlich (am 31.01 und 31.07. des Jahres)
- 1/4 vierteljährlich (31.01; 30.04; 31.07. & 31.10.)

SEPA Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein ATSV e.V.

(Gläubiger-ID: DE88ATS00000334393) den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unsere nachfolgend genannten Konto per Sepa-Lastschrift für wiederkehrende Zahlungen einzuziehen:

IBAN: **BIC:**

(finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Kreditinstitut: **Kontoinhaber:**

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an die vom Verein ATSV e.V. auf mein/unser Konto gezogenen 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/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Datum **Unterschrift des Kontoinhabers** **Unterschrift des Abteilungsleiters**

Aufnahmegebühr in Höhe von 10.- € wurde am **bar kassiert durch**
Die Beitragsordnung wird Ihnen mit der Eintrittsbestätigung zugesandt.