INTERNATIONAL
TAEKWONDO
MUSADO ALSDORF

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich ab sofort die Mitgliedschaft in den Int. Taekwondo Musado Alsdorf

Als aktives Mitglied

☐ **Taekwondo** ☐ **Hapkido** ☐ **Fitness/Mobility** ☐ **Inaktives Mitglied**

(monatlicher Beitrag und Verbandsgebühr siehe Beitrag-Infoblatt)

Persönliche Angaben

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen – ein Zeichen pro Kästchen.

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon

Mobil

Geburtsdatum

Geburtsort

Mitgliedschaft und Einverständnis

Ich verpflichte mich, gemäß der Satzung des Int. Taekwondo Musado Alsdorf:

- für eine Mitgliedschaft von mindestens 3 Monate
- am Sport – und Gemeinschaftsleben im Verein teilzunehmen
- meinen Beitrag pünktlich zu entrichten
- dass ich für eine vom Verein empfohlene sportärztliche Untersuchung selbst verantwortlich bin
- eine Kündigung der Mitgliedschaft unter Einhaltung der Frist von 4 Wochen schriftlich zum Ende eines Quartales (30. März, 30. Juni, 30. September, 30. Dezember) möglich ist
- die unten aufgeführten Daten zu Verwaltungszwecken gespeichert werden dürfen

Die aktuelle Datenschutzgrundverordnung des Vereines habe ich gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift unter dieser Anmeldung mit allen aufgeführten Punkten einverstanden.

Ich bin damit einverstanden Bilder und Videos zum Zwecke der Präsentation unseres Vereines und Information unserer Mitglieder verwendet werden dürfen.

Ort und Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

X

INTERNATIONAL
TAEKWONDO
MUSADO ALSDORF

Einzugsermächtigung

Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers: **Int. Taekwondo Musado Alsdorf**

Anschrift des Zahlungsempfängers: Straße und Hausnummer: **Easingtonstr. 8 - Postleitzahl und Ort: 52499 Baesweiler**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE56ZZZ00000478141**

Ermächtigung zum Lastschrifteinzug

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem /unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name sieh oben) 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 / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontodaten

IBAN

BIC / SWIFT

Bank

Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Gewünschter Abbuchungstermin

Ich wünsche die Abbuchung zum 1. ☐ oder zum 15. ☐ jeden Monats bis zum Widerruf

Unterschrift eines verfügungsberechtigten Kontoinhabers

X

Bankverbindung des Vereins

Bankverbindung: Taekwondo Musado Alsdorf
Sparkasse Aachen
IBAN: DE69 39050000 0006519391 BIC/SWIFT: AACSDE33XX