



MITGLIEDSANTRAG / SPARTENANMELDUNG

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Straße/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____ Mail _____
Telefon _____ Mobil _____
Erziehungsberechtigte*r: _____

aktiv passiv Art der Mitgliedschaft / Sparte

Turnen	<input type="checkbox"/>	Fit & Fun	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ermäßigt (nur mit Nachweis)
Leichtathletik	<input type="checkbox"/>	Tischtennis	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Familie
Fußball	<input type="checkbox"/>	Handball	<input type="checkbox"/>	
Tanzen (TG Elbdeich)	<input type="checkbox"/>	Volleyball	<input type="checkbox"/>	
Tanzen (Carola)	<input type="checkbox"/>	Pilates	<input type="checkbox"/>	
FUM – Fitness und mehr	<input type="checkbox"/>	Qigong	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges _____				

Antrag einfach in den Briefkasten des Clubheims einwerfen oder senden an: mitglieder@mtv-germania-fliegenberg.de

Unterschrift

Unterschrift Mitglied bzw. des/der Erziehungsberechtigten für die Mitgliedschaft

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Der MTV Germania Fliegenberg von 1909 e.V. verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft ausschließlich gemäß der Datenschutzbestimmungen. Die Informationspflicht dazu können Sie jederzeit im Internet unter www.mtv-germania-fliegenberg.de/downloads abrufen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins, die auf der Homepage zum Download bereitstehen, in der jeweils gültigen Fassung an. Zudem bestätige ich, dass ich die Informationspflicht gelesen und akzeptiert habe.

Zahlungsweise

SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige ich den MTV Germania Fliegenberg von 1909 e.V. (Gläubiger-ID: DE16ZZZ00001000042) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MTV Germania Fliegenberg von 1909 e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Etwaige hieraus entstehende Kosten werde ich ebenfalls tragen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungstag, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Name, Vorname (Kontoinhaber)	_____ Straße / Hausnummer (Kontoinhaber)
_____ Kreditinstitut	_____ PLZ / Ort (Kontoinhaber)
DE ____ ____ ____ ____ ____ ____ IBAN	_____ BIC

Ort, Datum _____ Unterschrift (Kontoinhaber) _____