



Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag

Datenänderung

MONATSBEITRÄGE

Ab dem 01.01.2023

Kinder bis 13 Jahre	4,00€ pro Monat
Jugendliche (14 bis 18 Jahre)	5,00€ pro Monat
Studenten / Dienstleistende (mit ½ jährlichem Nachweis)	5,00€ pro Monat
Erwachsene	7,00€ pro Monat
Ehepaare	12,50€ pro Monat
Eltern und Kind Turnen (Dieser Beitrag gilt nur wenn die Mutter/der Vater kein Vereinsmitglied ist)	10,00€ pro Monat

Ab dem 4. Mitglied aus einer Familie (Kind/Jugendlicher) wird das Mitglied beitragsfrei gestellt.

Antrag auf Mitgliedschaft beim Radevormwalder Turnverein 1859 e.V.

In der Abteilung:

Personenbezogene Daten

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum, Geschlecht:	<input type="text"/>
Straße, PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon, Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>
Eintrittsdatum:	<input type="text"/>

Sind bereits weitere Mitglieder aus demselben Haushalt Mitglied Ja Nein

Familienmitglied/er:

Name 1

Name 4

Name 2

Name 5

Name 3

Name 6

(WICHTIG: Nur Mitglieder aus demselben Haushalt!)

Aufnahmeantrag Seite 2

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung*, Ordnungen, Beiträge und eventuelle Zusatzbeiträge vom Radevormwalder Turnverein 1859 e.V. als verbindlich an.

Die unterzeichnenden gesetzlichen Vertreter erklären durch ihre Unterschrift, dass sie für die Beitragsschulden ihrer Kinder und für dessen pünktliche Begleichung gesamtschuldnerisch haften.

Ort: Datum:

Unterschrift: _____

(ggf. die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

* Die Satzung kann Montags von 17:30 bis 19:00 Uhr im Vereinsbüro Mühlenstrasse 1 eingesehen werden

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE67 GME 00000 940439

MANDATSREFERENZ:(entspricht RTV Mitgliedsnummer und wird auf der Lastschrift vermerkt)
ich ermächtige den Zahlungsempfänger Radevormwalder Turnverein 1859 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Radevormwalder Turnverein 1859 e.V. 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.

Mit Beendigung der Mitgliedschaft erlischt automatisch das SEPA-Lastschriftmandat.

ZÄHLUNGSART: WIEDERKEHRENDE ZÄHLUNG

NAME, VORNAME

(KONTOINHABER)

STRASSE:

PLZ, ORT:

IBAN:

BIC:

BANKINSTITUT:

Ort: Datum:

Unterschrift: _____

(Kontoinhaber)

Datenschutz

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten und deren Streichung zu veranlassen.

Ort: Datum:

Unterschrift: _____

(ggf. die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)