

Anhang zur Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich mich bereit, für meinen Sohn / meine Tochter den gemäß § 4 der Fuballsatzung festgelegten Jugendbeitrag zu entrichten. Dieser Jugendbeitrag fließt über den Hauptverein direkt auf ein Extra-Konto der Fußballabteilung und wird ausschließlich für die Jugendarbeit verwendet. Bei bestehenden Mitgliedern erfolgt der Lastschriftinzug gemäß dem erteilten SEPA-Lastschriftmandat des Hauptvereins. Bei Nichtmitgliedern bzw. bei Lastschriftinzug über eine andere Bankverbindung, ist nachfolgendes SEPA-Lastschriftmandat vollständig auszufüllen. Der fällige Beitrag wird zum jeweiligen Saisonende eingezogen. Sollte der angegebene Fälligkeitstermin auf ein Wochenende oder einen Feiertag fallen, so gilt der nächste Bankarbeitstag als Fälligkeitstag. Die Vorabinformation über den bevorstehenden Lastschriftinzug erfolgt spätestens 3 Tage vorher. Zugleich gebe ich meine Einwilligung gemäß Art. 13 DSGVO zur Verarbeitung meiner personenbezogenen geschützten Daten für interne Abrechnungszwecke. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem TSV Wernau e.V. gelöscht. Ich erkenne ausdrücklich alle Fotoveröffentlichungen im Zusammenhang mit Veranstaltungen, Zeitungsartikeln, Berichten und Veröffentlichungen auf den Internetseiten des TSV Wernau an.

- Jugendbeitrag pro Jahr:** 1. Kind 25,- € _____
(Zutreffendes bitte ankreuzen) Vorname
2. Kind 15,- € _____
Vorname
3. Kind 5,- € _____
Vorname

alle weiteren Kinder sind beitragsfrei

Name, Vorname des/der Jugendspieler/-in: _____

Geburtsdatum / Jugend: _____ // _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Liebe Eltern, die Gesundheit unserer Jugendspieler ist uns wichtig. Darum sollten unsere Jugendtrainer über eventuell vorliegende Erkrankungen informiert sein. Nur so können sie bei möglicherweise auftretenden Krankheitssymptomen richtig reagieren (z.B. Asthma, Zuckerkrankheit, etc.)

Wir bitten Sie daher die unten aufgeführte Erklärung auszufüllen.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mein Sohn / meine Tochter

- an keinen chronischen oder sonstigen Erkrankungen leidet.
- an den nachfolgend aufgeführten Erkrankungen leidet (bitte auch ständig einzunehmende Medikamente aufführen)

Ort, Datum

Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen



Gläubiger-Identifikationsnummer DE06ZZZ00000161075

Mandatsreferenz: _____ (wird nachträglich mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) den TSV Wernau e. V. 1897 Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TSV Wernau e. V. 1897 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____
(Nachname/Vorname)

Straße, PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber