

Anmeldung Gesundheits- und Rehasport

Turn- und Sportgemeinde (TSG) Söflingen 1864 e.V.

Harthäuser Straße 99 · 89081 Ulm

Telefon: **0731 / 93 666-14** · Fax: **0731 / 93 666-23**

E-Mail: **info@tsg-soefflingen.de**

www.tsg-soefflingen.de · www.facebook.com/TSG1864

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 82 ZZZ 00000157961

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Gesundheits- und Rehasport der TSG Söflingen 1864 e.V.. Ich erkenne die Vereinssatzung an und gebe die Einwilligung gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen geschützten Daten. Zudem erkenne ich die aktuelle Beitragsordnung des Hauptvereins an. Ebenso stimme ich den Nutzungsbestimmungen der TSG Söflingen zu.

Die Anmeldung für Kurse im Gesundheits- und Rehasport verlängert sich automatisch für das folgende Tertial. Eine schriftliche Abmeldung ist bis 4 Wochen vor Tertialsende möglich. Die Rückerstattung der Kursgebühr ist verwaltungstechnisch nicht möglich.

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

_____ Kurs Nr. Kurs Nr. Kursbeginn

Mitglied der TSG Nichtmitglied

Angaben zur Person / zum Zahlungspflichtigen:

_____ Name

_____ Vorname

_____ Vor- und Nachname Mutter Vor- und Nachname Vater

_____ Straße und Hausnummer

_____ PLZ und Ort

_____ Geburtsdatum

_____ Telefon

_____ E-Mail Adresse

_____ Eintrittsdatum

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r / Zahlungspflichtige/r

Hinweise:

- Die Angaben der IBAN und BIC/SWIFT-Nummern sind zwingend erforderlich.
- Eine Rückgabe des Lastschriftmandats an die TSG Söflingen 1864 e.V. ist nur im Original, nicht jedoch als Fax oder E-Mail zulässig.
- Es kann nur ein Lastschriftmandat bzw. eine Kontoverbindung hinterlegt werden.
- Abbuchungen von einem Sparbuch sind nicht möglich.

Ich ermächtige/wir ermächtigen die TSG Söflingen 1864 e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die TSG Söflingen 1864 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für folgende Zahlungen:
(bitte ankreuzen)

Gebühren Gesundheits- und Rehasport

Angaben zum Kontoinhaber:

_____ Name

_____ Vorname

_____ Straße und Hausnummer

_____ PLZ und Ort

_____ Geburtsdatum

_____ Telefon

DE _____

_____ IBAN

_____ BIC / SWIFT

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift Kontoinhaber/in