

Anmeldung RSG Leistungszentrum

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

Harthäuser Straße 99 · 89081 Ulm

Telefon: **0731 / 93 666-0** · Fax: **0731 / 93 666-23**

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

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 82 ZZZ 00000157961

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Leistungszentrum RSG 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, der Beitragsordnung und den Nutzungsbestimmungen der Rhythmischen Sportgymnastik zu. Zum Beitritt muss ein sportmedizinisches (kardiologisches und orthopädisches) Attest für die Wettkampftauglichkeit vorgelegt werden. Die Kündigung kann nur schriftlich und unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen auf Quartalsende erfolgen.

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an:

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Eintrittsdatum

Mitglied der TSG Söflingen Nichtmitglied

Angaben zur Person / zum Zahlungspflichtigen:

Vor- und Nachname Mutter

Vor- und Nachname Vater

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail Adresse

Ort

Datum

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.
- Meldungen aller Art bei Verbänden und Wettkämpfen

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 Leistungszentrum RSG

Angaben zum Kontoinhaber:

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Geburtsdatum

Telefon

DE _____

IBAN

BIC / SWIFT

Ort

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in