

# Anmeldung RSG Landesstützpunkt

## 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 Landesstützpunkt 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 Landesstützpunkt RSG

## Angaben zum Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC / SWIFT

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in