Turn- und Sportgemeinde Salach e. V.

Geschäftsstelle: Staufenecker Str. 41; 73084 Salach
Tel.: 07162/462-210
www.tsg-salach.de E-Mail: info@tsg-salach.de
Fax: 07162/462-211

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur TSG Salach e.V., die Satzung wird anerkannt.

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Sportangebote

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschten Abteilungen an:

☐ Badminton	☐ Gymnastik für Ältere	☐ Leichtathletik
☐ Breitensport Frauen	☐ Jazzgymnastik/Cheerleader	☐ Schach
☐ Breitensport Männer	☐ Kickboxen	☐ Skigymnastik
☐ Fußball	☐ Kinderturnen	☐ Volleyball

Ich beantrage:	**Vereinsbeitrag**
☐ Einzelmitgliedschaft Erwachsene	108,00 €
☐ Familienmitgliedschaft (Eltern +Kinder bis 18 Jahre)	174,00 €
☐ Kinder, Jugendliche, Schüler ab 18 Jahre; Rentner (Mit Nachweis)	66,00 €
☐ Ermäßigt auf Antrag Studenten und Auszubildende	66,00 €
☐ Alleinerziehende auf Antrag	120,00 €

Einige Abteilungen erheben einen zusätzlichen Abteilungsbeitrag. Informationen erhalten Sie beim entsprechenden Abteilungsleiter.
Die Mitgliedschaft beginnt im Eintrittsmonats. Die Verrechnung des Vereinsbeitrages erfolgt anteilig pro Monat.

Gleichzeitig erkläre ich den Eintritt der folgenden aufgeführten Familienangehörigen (Familienmitgliedschaft):

Vorname:	Geburtsdatum:	Eintritt in Abteilung(en):
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Der Mitglieds- und eventuell Abteilungsbeitrag wird von mir für sämtliche aufgeführten Personen bis auf Widerruf bezahlt.
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den aktuellen Datenschutzgesetzen.
Unsere ausführlichen Datenschutzhinweise finden Sie auf https://www.tsg-salach.de

_____ _____
Ort / Datum
Unterschrift des Mitgliedes, bzw. bei unter 18-jährigen
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

SEPA – Lastschriftmandat - für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Ich/Wir ermächtige(n) die TSG Salach e.V. Zahlungen (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000837404) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der TSG Salach e.V. 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.

Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC/Swift: | | | | | | | | | | | |

_____ _____
Ort / Datum
Unterschrift des Kontoinhabers