



Eintrittserklärung TSV Medizin Wechselburg e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im TSV Medizin Wechselburg e.V. und erkenne die Satzung und alle weiteren Festlegungen in der jeweiligen Fassung des TSV Medizin Wechselburg an.

Persönliche Daten

<hr/>	<hr/>
Abteilung	Eintrittsdatum (MM.JJJJ)
<hr/>	<hr/>
Name	Vorname
<hr/>	<hr/>
Straße	PLZ, Wohnort
<hr/>	<hr/>
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht (m/w/d)
<hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	Wettkampfteilnahme (betrifft vorrangig LA/FB/KE)
<hr/>	<hr/>

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) §33 und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Weiterhin gebe ich die Erlaubnis, Bilder bei sportlichen Veranstaltungen, bei denen ich mit abgebildet bin, zu veröffentlichen (z.Bsp.: auf der Webseite des TSV, Schaukasten oder in Pressepublikationen).

<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat

<hr/>	<hr/>
<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; display: flex; flex-wrap: wrap; margin-bottom: 5px;"> </div> IBAN	<hr/>
<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; display: flex; flex-wrap: wrap; margin-bottom: 5px;"> </div> BIC	<hr/>
Hiermit ermächtige ich den TSV Medizin Wechselburg e.V. die Beitragszahlung mittels Lastschrift von meinem Konto durchzuführen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Medizin Wechselburg auf mein Konto gezogenen Lasten einzulösen. Fällige Rückbuchungsgebühren bei ungedecktem Konto oder nicht mitgeteilten geänderten Bankverbindungen werden durch mich getragen.	
<hr/>	<hr/>
Ort, Datum	Unterschrift des unterschiftberechtigten Kontoinhabers

Intern

Die Eintrittserklärung wurde <input type="checkbox"/> angenommen. <input type="checkbox"/> abgelehnt.	Verteiler <input type="checkbox"/> Eintrittserklärung digitalisiert <input type="checkbox"/> Daten erfasst, am _____ Mandatsnummer: _____
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;">Begründung:</div>	<hr/>
	Unterschrift Vorstand