Mitgliedsnr./

Mandatsreferenz

**Männer-Turn-Verein Seesen von 1862 e.V. Im Internet unter: http://www.mtv-seesen.de**

## Am Schulplatz 2, 38723 Seesen E-Mail: gs@mtvseesen.de

**Tel.: 05381/3662 FAX: 05381/491842 Öffnungszeiten: Mo: 15.00-17.00 Uhr - Mi./Fr 10.00-12.00 Uhr**

Eingang(intern)

**Aufnahmeantrag**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Eintritt zum: |
| **männlich**  **weiblich** bitte ankreuzen |  |
| Vorname | Geburtsdatum: |
|  |  |
| PLZ/Ort: | Telefon:  |  *privat dienstl.* |
| Straße, Nr.: | **Wichtig! E-Mail:** |
|  |  |
| (Aus meiner Familie sind bereits Mitglied: Name/Vorname) | |
|  | |

**Änderungen:** Wohnungswechsel, Hochzeit, Arbeitslosigkeit, Studium, Ausbildung sowie Änderung der Bankverbindung   
bitte umgehend der MTV-Geschäftsstelle mitteilen!

**Datenschutz:** Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung gem. Bundesdatenschutzgesetz und EU-Datenschutz-Grundverordnung der auf dem Datenerfassungsbogen enthaltenen Daten für Zwecke des MTV Seesen v. 1862 bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die **Satzung und Ordnungen des Vereins** in der jeweils gültigen Fassung an.  
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die **Informationspflichten gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO** gelesen und zur Kenntnis genommen habe.  
**Abmeldung:** Nur schriftlich zum 30.Juni und 31. Dezember bei 4-wöchiger Kündigungsfrist möglich.

Mit der Unterschriftsleistung bei Minderjährigen erklären ich/wir mich/uns als gesetzliche Vertreter bereit, für Beiträge und Gebühren des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten.

**Datum Unterschrift (Bei Minderjährigen: Bitte alle „Gesetzlichen Vertreter“)**

**Wahl des Sportangebotes**: Bitte markieren Sie auf Seite 2 die gewünschte/n Sportart/en, die sie in unserem Verein ausüben werden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE98ZZZ00000071246**  **Mandatsreferenz (Mandate reference(to be completed by the creditor): Wird ihnen mit gesonderter Post mitgeteilt**  Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  By signing this mandate form, you authorise the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).  As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your  agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.  x Wiederkehrende Zahlung   |  |  | | --- | --- | | IBAN: | BIC: | | Kontoinhaber: | Bank: |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Seesen* |  |  | | **Ort** | **Datum** | **rechtsverbindliche Unterschrift** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Vereinsbeiträge:** | | |  | **im Monat** | | Kinder u. Jugendl (bis 18 Jahre) | 9,50 € | | Erwachsene | 12,00 € | | Familie | 27,00 € | | Senioren | 9,50 € | | Studenten/Sozialbeitrag | 5,50 € \* | | Auswärtige | 3,00 €\*\* | | Passive | 8,50 | | \*Zahlung nur jährlich und mit Bescheingung | | | \*\* Wohnort außerhalb Seesen und seiner Stadtteile und keine Teilnahme am Übungsbetrieb | | | * Aufnahmegebühr ein Monatsbeitrag - | | | **Abbuchung der Beiträge:** | | | vierteljährlich: | 5. Bankarbeitstag im  Feb./Mai/ August/November | | jährlich: | 5. Bankarbeitstag im  Februar |   ALKISPO (AllgemeinerKindersport)  Ambulante Herzgruppe  Angeln  Akrobatik  Babyturnen / Krabbelturnen  Badminton  Bahnengolf  Ballett  Basketball  Blasorchester  Body-Fitness  Bogensport  Darts  Förderturnen für Kinder  Gerätturnen  Gymnastik  Handball  Herzsport  Jedermannsport  Inline-Skaten  Klöngruppe  Kinderturnen  Kraftraum  Krebsnachsorge  Lauftreff  Leichtathletik  Mutter-Vater-Kind-Turnen  Orientierungslauf  Parkour  Schach  Seniorengymnastik  Ski  Step-Aerobic  Schwimmen  Tennis  Tischtennis  Trampolin  Turnen  Volleyball  Wandern  Wasserball  Wassergymnastik  Wirbelsäulengymnastik  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | **Deutscher Sportausweis** schon vorhanden? | Ja  Nein | | Wenn vorhanden: Ich möchte gegen Kostenübernahme von zzt.10 Euro einen zweiten Deutschen Sportausweis | Ja | |

Im Rahmen von Vereinsveranstaltungen werden teilweise Fotos gemacht. Ich willige in die Veröffentlichung solcher Aufnahmen mit evtl. auch meinem Abbild in der -Vereinszeitschrift - Internet (Homepage des Vereins) - Lokalzeitung ein. Es steht mir frei, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, muss dann aber auch selbst darauf achten, bei Gruppenaufnahmen nicht abgebildet zu werden.   
Mir ist bekannt, dass meine Daten bezüglich der Ausstellung des Deutschen Sportausweises an Dritte weitergegeben werden.