

**Passfoto Elternteil**

bitte hier einkleben

oder noch besser:

Foto als jpg/bmp Datei per E-Mail

an uns senden.

DANKE!

**Passfoto Kind**

bitte hier einkleben

oder noch besser:

Foto als jpg/bmp-Datei per E-Mail

an uns senden.

DANKE!

Meßmerstr. 36, 12277 Berlin, Tel.: 030 / 721 60 89, Fax: 030 / 720 17 930  
E-Mail: kontakt@heilandsweide.de

Sprechzeiten: Montag 17 – 20 Uhr und Mittwoch von 17:00 – 18:00 Uhr

Bank: Commerzbank AG, Kontonummer 21 88 670 01, BLZ 100 400 00

Mitgliedsnummer

Mitgliedsnummer

**IBAN: DE23 1004 0000 0218 8670 01, BIC: COBADEFFXXX  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE90ZZZ00000594511**

Beitrittserklärung für Eltern-Kind-Mitgliedschaft

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Kind** | | **Erziehungsberechtigte/er** | |
| **Name | Vorname \*** | |  |  |  |  |
| **Straße \*** | |  | |  | |
| **PLZ Wohnort \*** | |  | |  | |
| **Geburtsdatum \*** | |  | |  | |
| **Beruf** | |  | |  | |
| **Tel. privat | Tel. dienstlich** | |  | |  |  |
| **Tel. mobil** | |  | |  | |
| **E-Mail-Adresse** (u.a. für Rechnungserhalt, Newsletter) | |  | |  | |
| Ich ermächtige die FVT Abteilung Heilandsweide im BSVB e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzu-ziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FVT Abteilung Heilandsweide auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. | | | | | |
| **Name Kontoinhaber/-in** |  | | |  | |
| **Kreditinstitut** |  | | | **Adresse (wenn nicht wie oben)** | |
| **BIC** |  | | | **Unterschrift Kontoinhaber/-in** | |
| **IBAN** | DE | | |

**Bei den mit \* gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Pflichtangaben. Alle anderen Angaben werden freiwillig mitgeteilt.**

**Ich verpflichte mich, nach Rechnungsstellung den FVT- Abteilungsbeitrag (Gesamtbeitrag) zu bezahlen.**

Jahresbeitrag: Ehepaar pro Person 135,00 EUR (statt 270,00 EUR) ½ -Beitrag gilt nur im ersten Jahr Pro Kind 135,00 EUR

Aufnahmebeitrag (einmalig) 125,00 EUR pro Person **\*)**

Arbeitsdienst 60,00 EUR pro Erwachsener (siehe gesonderte Regelungen)

**\*) Sie erhalten für den Aufnahmebeitrag zwei Gutscheine, die jeweils für Hallenreservierungen**

**der nächsten zwei Wintersaisons oder für Trainerstunden eingelöst werden können.**

**Gesamtbeitrag ...................... EUR**

Ich erkenne die Satzung der FV Tennis im BSVB e.V. an.

Innerhalb eines Kalenderjahres gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten zum Jahresende.

**Nachfolgend bitten wir noch um Ihre Einverständnisse:**

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten auf Basis der gesonderten Einwilligungserklärung einverstanden.

Ich möchte regelmäßig über Neuigkeiten im Verein informiert werden und stimme daher dem Erhalt des Newsletters „ClubNews“ (erscheint alle 2 Monate) an meine oben genannte E-Mail-Adresse bis auf Widerruf zu.

Ich bin mit der Erstellung von Bildern meiner Person im Rahmen von Veranstaltungen des Vereins sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Bildnisse zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über das Vereinsleben einverstanden*.*

…………................................... .......................................................................................

**Ort/Datum** **Unterschrift (beider) Erziehungsberechtigte/er**

Geworben von: …………………..………… Geschnuppert von ……………..bis …………….

MV Sollstellung Ausweis Gescannt