

**Passfoto**

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

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

Beitrittserklärung für Kinder- und minderjährige Jugendliche

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Kind / Jugendliche/-r** | | **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 erkläre hiermit ausdrücklich persönlich die Übernahme der Beitragszahlungsverpflichtung, die sich durch die Vereinsmitgliedschaft meines Kindes/meiner Kinder ergibt. Ich verpflichte mich, nach Rechnungsstellung den FVT-Abteilungsbeitrag (Gesamtbeitrag) zu zahlen.**

Jahresbeitrag: Kinder bis 12 Jahre (Stichtag 1.1.) 50,00 EUR

Jugendliche ab 13 Jahre (Stichtag 1.1.), Azubis, Studenten 75,00 EUR \*)

Aufnahmebeitrag (einmalig) 50,00 EUR

Arbeitsdienst ab 18 Jahre60,00 EUR

**\*) Gültig bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres und nur bei jährlicher, unaufgeforderter Vorlage eines Nachweises.**

**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. Die Mitgliedschaft und Kündigungsfrist bleibt von einer eventuellen Trainingsvereinbarung und deren Kündigung unberührt.**

**Nachfolgend bitten wir noch um folgende 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