



## TV Jahn e.V. Walsrode

Der Verein für Breiten-, Freizeit-, Leistungs- und Gesundheitssport

◆ Geschäftsstelle: Moorstraße 10, 29664 Walsrode, ◆ Tel.: 05161 - 7870756◆  
◆ Internet: tvjahn-walsrode.de ◆ E-Mail: info@tvjahn-walsrode.de◆ Gläubiger-ID: DE 53ZZZ 00000 244619 ◆

### EINTRITTSERKLÄRUNG

Abteilung: .....

aktiv

passiv

Bereits TV-Jahn-Mitglied? Ja  Nein

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ Wohnort

.....  
Geb.-Datum

.....  
Telefon

.....  
E-Mail-Adresse  Anmeldung zum monatl. Newsletter

Für begleitende Eltern beim Eltern-Kind-Turnen ist eine **passive Mitgliedschaft** erforderlich.

**Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an. Die Dokumente finde ich im Internet (siehe oben) des TV Jahn e.V. Walsrode.**

Die von mir gemachten persönlichen Angaben dürfen zu Vereinszwecken nur durch den Verein genutzt werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass von mir/von meine(n) Kindern gefertigte Licht- und/oder Tonbildaufnahmen in den Medien, gleich welcher Art, zeitlich, räumlich, sachlich und inhaltlich, veröffentlicht werden können.**

**Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen des ges. Vertreters)

**Monatliche Zusatzbeiträge: Judo - 3,00 €, Herzsport - 7,50 €, Leistungsturnen - 10,00 €, Rhönrad - 10,00 €, Schwimmen - 5,00 €, Taekwondo - 3,00 €, Wassergymnastik - 7,50 €**

#### SEPA – Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

.....  
Name des Kontoinhabers

.....  
DE  
IBAN

.....  
Name des Kreditinstituts

Ich ermächtige den TV Jahn e.V. Walsrode, die fälligen Beiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV Jahn e.V. Walsrode gezogenen Beitragslastschriften einzulösen.

Zahlungen: monatlich

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Die Mandatsreferenznummer wird vom Verein zugeteilt.

Stand: 10/2023



**Einfach heraustrennen oder über den QR Code selber ausdrucken.**