



Bitte den Aufnahmeantrag im Original an die Geschäftsstelle, Lehenstr. 15, 78166, Donaueschingen

# Aufnahmeantrag TV 1864 Donaueschingen e.V.(TVD)

Erziehungsberechtigte:

Name _____		Vorname _____	
_____ männlich	_____ weiblich	Geburtsdatum: _____	
Straße _____			
PLZ/Ort _____			
Telefon _____		E-Mail _____	

Abteilung:

- Turnen
- Basketball
- Volleyball
- GYMWELT

Gruppe der Abteilung \_\_\_\_\_

Übungsleiter \_\_\_\_\_

## Ich möchte mich/mein Kind anmelden:

_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	männl. / weibl.	Geburtsdatum	Abteilung
_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	männl. / weibl.	Geburtsdatum	Abteilung

## Folgende Familienmitglieder sind bereits Mitglied im TV Donaueschingen:

_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	männl. / weibl.	Geburtsdatum	Abteilung
_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	männl. / weibl.	Geburtsdatum	Abteilung

Die allein zur ordnungsgemäßen Mitgliedsverwaltung notwendige Datenabfrage dieses Antrags beruht auf gesetzlicher Berechtigung. Der TVD verpflichtet sich zu den Euch/ Ihnen zustehenden Rechten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) Art. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21 (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung, Auskunft, Berichtigung, Sperrung, Widerspruchsrecht und Löschung).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke bin ich einverstanden.  
Ich willige ein, dass der TVD meine Daten für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit (Homepage, Mitteilungsblatt, Südkurier, Schwarzwälder Bote, Vereinsnachrichten bzw. den Medien der Sportverbände) verwendet.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren die Erziehungsberechtigten)

SEPA-Basis-Lastschrift-Mandant: Hiermit ermächtige ich den Turnverein 1864 Donaueschingen e.V. die jährlichen Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Ich weise das Kreditinstitut an die vom Turnverein 1864 Donaueschingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name/Vorname Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

DE  
IBAN \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Unsere Gläubiger-ID: DE 04ZZZ00000996669 // Mandatsreferenznummer ..... (meine Mitgliedsnr.)  
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die bei meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.