

Aufnahmeantrag Triathlon Team Rheinfelden e.V.

Die jeweils gültige Vereinssatzung wird durch nachfolgende Unterschrift als verbindlich anerkannt.

Die zur Zeit gültigen Mitgliedsbeiträge sind wie folgt.

1. Beitrag pro aktives Mitglied jährlich € 165,00 (für Startpass, Sportversicherung und Verbandsabgaben, **inkl. angebotenes Training**, ohne Spinning)
2. Beitrag pro aktives Mitglied jährlich € 65,00 (für Startpass, Sportversicherung und Verbandsabgaben, **aber ohne angebotenes Training**)
3. Beitrag pro passives Mitglied jährlich € 50,00

Die Mitgliedsbeiträge werden jährlich mittels SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. Laut Satzung ist eine Kündigung der Mitgliedschaft jeweils 6 Wochen vor Ende eines Kalenderjahres möglich.

Die nachfolgend eingetragene Person erklärt hiermit seinen/ihren Eintritt als Mitglied in Triathlon Team Rheinfelden e.V. für die folgende **Mitgliedsvariante** (siehe oben) **(1/2/3):** ____

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr.

Nationalität:

Strasse:

Hausnummer:

Land:

Postleitzahl:

Ort:

E-Mail zur vereinsinternen Nutzung:

Startpass: Ja Nein

Beim Rheinfelder Triathlon muss geholfen werden, alternativ werden 50€ zusätzlich fällig!

Mit der **Verarbeitung** (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Löschung) **meines personenbezogenen Daten-/Bildmaterials für Vereinszwecke** nach den **rechtlichen Datenschutzbestimmungen** bin ich **einverstanden**. (siehe www.competition-team-rheinfelden.de/impressum/). Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA Lastschriftmandat: (Schweiz: €-Konto, Teilnahme der Bank an SEPA!)

Ich ermächtige das Triathlon Team Rheinfelden e.V. zu zahlende Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weise zugleich mein Kreditinstitut an, die vom Triathlon Team Rheinfelden e. V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: _____

BIC: _____ Name Kreditinstitut: _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen; dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Land, Postleitzahl und Ort: _____

_____, den: _____ Unterschrift: _____

(Senden an): 1. Vorstand: Hans Winzen, Grienäckerstr. 17, 79618 Rheinfelden,

E-Mail: hans.winzen@t-online.de , Mobil: +49 (0) 1575 2266245

Triathlon Team Rheinfelden e.V. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000332358

Bankverbindung: Sparkasse Lörrach-Rheinfelden:

IBAN: DE60683500480001075993 BIC: SKLODE66