Beitrittserklärung	**Bergischer Turnerbund Beyenburg 1900 e.V.** Siegelberg 38 42399 Wuppertal Tel.: 0202- 61 38 27 Fax: 0202 - 372 34 83 E-Mail: info@btb-beyenburg.de Homepage: www.btb-beyenburg.de

Name*):_____ **Abteilung:**_____

Vorname*):_____ Geburtsdatum*):_____

Straße:_____ PLZ Ort:_____

Telefon:_____ E-Mail:_____

*) Bei Eltern-Kind-Turnen unbedingt Daten für den Erwachsenen **und** das Kind angeben!
Bei Familienbeitritt geben Sie bitte die weiteren Familienangehörigen mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Abteilung hier an:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung

Jahresbeitrag:

Kinder und Jugendliche	66,- €
Erwachsene, Eltern/Kind	90,- €
Familienbeitrag	180,- €

Für die Gruppen, die in Mannschaftswettbewerben spielen, wird ein Spielbeitrag von 18,-€ erhoben.

Zahlungstermin:

☐ jährlich zum 15.06.

☐ halbjährlich zum 15.03. und 15.09.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Die persönlichen Daten werden nur zu Vereinszwecken gespeichert, bitte beachten Sie unsere beigefügte Datenschutzordnung. Die Übungszeiten, die Satzung und die Datenschutzordnung des BTB finden Sie auf unserer Homepage www.btb-beyenburg.de

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Mit der Mitgliedschaft im BTB erwirbt Ihr Kind automatisch die Mitgliedschaft im DTB-Kinderturnklub. Diese Mitgliedschaft ist beitragsfrei und endet mit dem Austritt, der Vollendung des 10. Lebensjahres oder wenn das Kind keine Angebote des Kinderturnklubs mehr wahrnimmt.

Waren Sie schon einmal Mitglied im BTB? Wenn ja, bitte Zeitraum angeben: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Bergischen Turnerbund Beyenburg widerruflich den Vereinsbeitrag

für _____(Name des Mitgliedes / der Mitglieder)
zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Basis-Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bergischen Turnerbund Beyenburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die bankrechtlichen Bestimmungen.

Name, Vorname des Kontoinhabers:_____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | | Kreditinstitut:_____

_____ | | | . | | | . | | | | |

Ort Datum

Unterschrift des Kontoinhabers:_____

Stand: 20180921