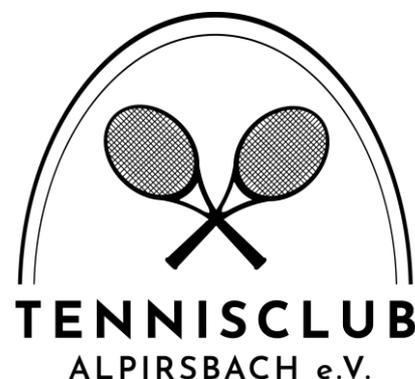


Tennisclub Alpirsbach

Ich bin dabei!



	Schnuppermitgliedschaft Beitrag erste Saison	Mitgliedschaft Beitrag pro Saison
Erwachsene	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 150,00 €
Ehepartner	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 60,00 €
Azubi/Student	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 45,00 €
bis 14 Jahre	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 27,00 €
15-18 Jahre	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 35,00 €
Passiv	<input type="radio"/> frei	<input type="radio"/> 25,00 €

Eintrittsjahr:

.....
Nachname, Vorname, Geburtsdatum

.....
Straße, PLZ, Wohnort

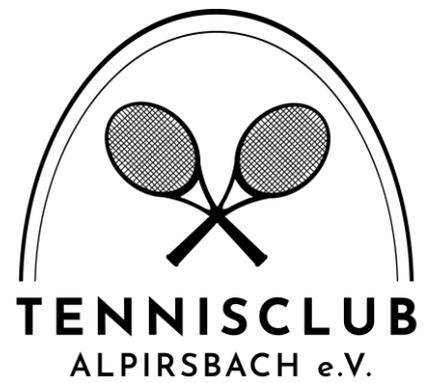
Datenschutzerklärung

Wir informieren Sie darüber, dass die von Ihnen in diesem Mitgliedsantrag angegebenen personenbezogenen Daten auf Datenverarbeitungssystemen der Mitgliederverwaltung des Tennisclub Alpirsbach e.V gespeichert und für Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Zustellung von Verlagsprodukten verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte findet nur im Rahmen vertraglich abgesicherter Auftragsdatenverarbeitung (z.B. Druck von Mitgliedsausweisen) statt. Wir versichern, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Außenstehende weitergegeben werden. Zugriff auf die Daten haben nur des Vereins, die diese Daten für die Erledigung der ihnen übertragenen Aufgaben benötigen und die sich zur Verschwiegenheit verpflichtet haben. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten und eine Korrektur verlangen. Sie können jederzeit eine Sperrung, ggf. eine Löschung Ihrer Daten verlangen.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich trete dem Tennisclub Alpirsbach e.V.

.....
Datum Unterschrift (bei Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter_in)



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Tennisclub Alpirsbach e.V, Postfach 1246, 72275 Alpirsbach, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tennisclub Alpirsbach 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 mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Kontoinhaber_in

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

.....
Datum Unterschrift Kontoinhaber_in