



Taekwondo Team  
Schiefbahn e.V.

## Aufnahmeantrag

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Taekwondo Team Schiefbahn e.V. zum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_  
für die Sportart **Boxen**  | **Kickboxen**  | **Taekwondo** .

Die Höhe des Beitrages beträgt \_\_\_\_ € pro Monat.

Folgende Familienmitglieder sind bereits Mitglied im Taekwondo Team Schiefbahn e.V.:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Taekwondo Team Schiefbahn e.V. an.

### Einwilligungserklärung gemäß Artikel 7 DSGVO

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Unternehmenszwecke, gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung, bin ich einverstanden.

Das Taekwondo Team Schiefbahn e.V. behält sich das Recht vor, selbst Fotos und Videos während Veranstaltungen und Trainingseinheiten zu erstellen und diese für seine Öffentlichkeitsarbeit zu verwenden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Erziehungsberechtigte

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Taekwondo Team Schiefbahn e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Taekwondo Team Schiefbahn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN:	Bank:
BIC:	Kontoinhaber:

Der Mitgliedsbeitrag wird als Monatsbeitrag im Voraus zu Beginn des Monats fällig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber