

Boxclub Warendorf e.V.

Mitgliedsvertrag aktive Vereinsmitgliedschaft Abt. Taekwondo

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedsschaft im Boxclub Warendorf e.V.

Bitte alle Felder vollständig ausfüllen.

| | |
|---------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Wohnort: | Straße: |
| Mobil Privat: | Festnetz Telefon: |
| E-Mail: | |
| Beruf: | Staatsangehörigkeit: |
| Geburtsort: | Geburtsdatum: |

Die Mitgliedschaft gilt für zunächst ein Jahr. Wird sie nicht bis zum 30.09. des laufenden Jahres gekündigt, verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Jahr. Mitgliedsbeiträge ab 2021. Schüler, Jugendliche bis zum 21 Lebensjahr zahlen 35,00€ im Monat. Erwachsene 40,00€ im Monat. Innerhalb einer Familie, erhält jedes Familienmitglied 10% Rabatt auf den jeweiligen Mitgliedsbeitrag. Zahlungsweise: Bankeinzug monatlich. Kosten für Rückbuchungen sind in voller Höhe Erstattungspflichtig! Personen die ehrenamtlich im Verein engagiert sind (Trainer, Vorstandsmitglieder), haben 30% Ermäßigung auf den Jahresbeitrag. Eine weitere Rabbatierung ist nicht möglich. Ich bin auch damit einverstanden, dass Fotos und Videos von mir bei Wettkämpfen und Turnierveranstaltungen, auf den Seiten des Bc Warendorf, (Homepage, Facebook, Instagram) und in der Presse und bei Sponsoren zu Werbezwecken verwendet werden dürfen. Der Speicherung und Nutzung von persönlichen Daten zu sportlichen Zwecken stimme ich zu. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Es gelten die Bestimmungen der DSGVO vom 25.05.2018

| | |
|---------------|---------------------|
| Ort: | Datum: __ . __ . 20 |
| Unterschrift: | |

Für Jugendliche unter 18 Jahren.

Als gesetzlicher Vertreter gebe ich hiermit die Zustimmung, dass meine Tochter / mein Sohn, sich als Mitglied im Boxclub Warendorf e.V. anmeldet und am Vollkontakttraining teilnehmen darf.

| | |
|---------------|--|
| Unterschrift: | |
|---------------|--|

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich den Boxclub Warendorf e.V., bis auf Widerruf die von mir / uns zu entrichtenden monatlichen Zahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen.

| | |
|----------|----------|
| Name: | Bank: |
| Vorname: | BIC: |
| Straße: | IBAN: |
| PLZ: | Wohnort: |

Mir ist bekannt, dass das kontoführende Bankinstitut nicht verpflichtet ist die Lastschrift einzulösen falls kein ausreichendes Guthaben vorhanden ist. **Kosten für entstehende Rückbuchungen trägt das Mitglied.**

| | | |
|------|--------|---------------|
| Ort: | Datum: | Unterschrift: |
|------|--------|---------------|

| | |
|-------------------------------|--|
| Nummer der Münsterland Karte: | |
|-------------------------------|--|

Antrag genehmigt:

abgelehnt: