



fri Öwingsfloose e.V.

Bernhard Vogel
Daagel 17
25920 Risum-Lindholm
bernhardvogel82@gmail.com
04661-6002266

Anmeldeformular

Triathlonverein Fri Öwingsfloose e.V.

Name: _____
Strasse: _____
PLZ/Wohnort: _____
Tel.Nr.: _____
E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____

Ich/ Wir wähle(n) folgenden Beitragstarif:

- _____ Passives Mitglied 30€/Jahr *(die Teilnahme an Wettkämpfen im Namen der Floose ist erlaubt!!)*
- _____ Kindermitgliedschaft 5€/Monatlich (bis 15Jahren)
(es fallen keine weiteren Trainerkosten an. Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich)
- _____ Vollmitglied 60€/Jahr (ab 16Jahren)
(+ Zusatzbeiträge für kostenintensive Trainingsangebote)
- _____ Ehepartner-Tarif 96€/Jahr
(Zusatzbeiträge für kostenintensive Trainingsangebote)
- _____ Familientarif 1 131€/Jahr (Familien mit 1 Kind)
(oder 11€/Monat. + Zusatzbeiträge für kostenintensive Trainingsangebote für Erwachsene)
- _____ Familientarif 2 168€/Jahr (Familien ab 2 Kindern)
(oder 14€/Monat. + Zusatzbeiträge für kostenintensive Trainingsangebote für Erwachsene)

Weitere Personen mit gewählten Tarif:

Geburtsdatum:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der geltenden EU-Datenschutzbestimmungen gespeichert werden.
- Ich stimme zu, dass meine Email-Adresse für den Versand von vereinsinternen Informationen (z.B. Newsletter, Einladungen zu Veranstaltungen, etc.) genutzt werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Informationen zu Datenschutz und der Verwendung personenbezogener Daten finden sie auf www.floose.de

Fri Öwingsfloose e.V.

Christa Deter / Kassenwart
Süderfeld 11
25923 Süderlügum



Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000718907

Mandatsreferenz SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Fri Öwingsfloose e.V. , folgende wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

- Mitgliedsbeiträge,
- Spartenbeiträge,
- Gebühren und Auslagen

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Fri Öwingsfloose e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der geltenden EU-Datenschutzbestimmungen gespeichert werden.

Unterschrift/Datum

Informationen zu Datenschutz und der Verwendung personenbezogener Daten finden sie auf www.floose.de