



# Kölner Turnerschaft von 1843 e.V.

## Eintrittserklärung Kinder/ Jugend

1. Ich beantrage die **Aufnahme** als Mitglied der Kölner Turnerschaft von 1843 e.V.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtstag/Ort \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Ausgabedatum** \_\_\_\_\_

**Ich möchte den KT-Newsletter erhalten**

2. Bei **Minderjährigkeit** des Antragstellers:

Nachname (gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_ Vorname (gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

Die/Der gesetzliche Vertreter/in erklärt, dass sie/er mit der Antragstellung und der Mitgliedschaft der/des Minderjährigen einverstanden ist. Mit der Unterschriftsleistung erkläre ich mich als gesetzlicher Vertreter bereit, für die Beitragsforderungen des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten. Im Falle der Familienmitgliedschaft scheiden Minderjährige nach Erreichen der Volljährigkeit aus dem Familienbeitrag aus und werden als selbständige Mitglieder mit eigenem Beitrag weitergeführt.

### 3. Abteilung/Sportarten

### Gruppennummer

- |   |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akrobatik      | <input type="checkbox"/> Faustball  | <input type="checkbox"/> Ballspielmix       | <input type="checkbox"/> Gymnastik/Aerobic am Abend |
| <input type="checkbox"/> Badminton      | <input type="checkbox"/> Fußball    | <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Turnen | <input type="checkbox"/> Gymnastik am Vormittag     |
| <input type="checkbox"/> Leichtathletik | <input type="checkbox"/> Basketball | <input type="checkbox"/> Kinderturnen       | <input type="checkbox"/> Gesundheitssport/Rückenfit |
| <input type="checkbox"/> Jeet Kune do   | <input type="checkbox"/> Volleyball | <input type="checkbox"/> Turnen             |   |

Aufnahmegebühr: EUR 12,-- Monatsbeitrag EUR 10,50 (Kinder, Jugendliche)

4. Der **Austritt** aus dem Verein ist schriftlich und per Einschreiben zu erklären und nur zum Schluss eines Kalenderjahres möglich. Die Erklärung muss spätestens einen Monat vor Austritt und zwar bis zum 30.11. des Jahres bei der Geschäftsstelle eingegangen sein.

5. Ich verpflichte mich jeden **Wohnungswechsel/ Änderung der BLZ/ KTO** sofort der Geschäftsstelle mitzuteilen und bei Unterlassung die Kosten der Ermittlung des Wohnsitzes zu tragen.

6. Ich willige ein, dass die Kölner Turnerschaft von 1843 e.V. meine **personenbezogenen Daten** im erforderlichen Umfang, zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Sportbetriebs speichern und von seinen Mitarbeitern bearbeiten lässt. Der Verein verpflichtet sich zur Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DSGVO).

**Ort** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift der gesetzlichen Vertretung** \_\_\_\_\_

**Vereinszentrum KT43**  
Vogelsanger Straße 1 ▪ 50672 Köln  
Ansprechpartner: Gerd Wingert  
Geschäftsführer, Diplomsportlehrer

Telefon 0221-515261  
Email mail@kt43.de

Kreissparkasse Köln  
IBAN: DE09 3705 0299 0000 0196 51

Sportangebote im Internet unter [www.kt43.de](http://www.kt43.de)

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

---

**Name des Zahlungsempfängers:** Kölner Turnerschaft von 1843 e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Vogelsanger Straße 1, 50672 Köln

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE-14KT000000189934

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

---

### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger, von oben“ widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit (satzungsgemäß halbjährlich zum 1.1. und 1.7. des Jahres im Voraus) durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

### **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger, von oben“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger, von oben“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

---

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

---

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE-

---

**Köln,**

---

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger, von oben“ über den Einzug in diesem Verfahren unterrichten.