# Aeltere Casseler Turngemeinde e.V.

Wimmelstraße 10
34125 Kassel

## Anmeldung

| Wird vom Verein ausgefüllt | |
|---|---|
| CVP-Nr. | Datum/Name |
| | |

Hiermit melde ich mich verbindlich als Mitglied in der ACT an und möchte an folgender Sportart teilnehmen:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Abteilung** | ☐ Badminton<br>☐ Basketball<br>☐ Faustball<br>☐ Fechten<br>☐ Kanu<br>☐ Lacrosse | ☐ Leichtathletik<br>☐ Prellball<br>☐ Reha-Sport<br>☐ Schwimmen<br>☐ Turnen<br>☐ Volleyball | **Untergruppe** | ☐ keine<br>☐ Jedermann/-frau<br>☐ Kinderturnen<br>☐ Mutter oder Vater und Kind - Kind siehe Beiblatt<br>☐ Wandern | ☐ Herzsport-Übungsgruppe<br>☐ Trainings-gruppe<br>☐ Reha-Wirbelsäulen-gymnastik |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ich bin** | ☐ männlich | ☐ weiblich | **Ich bin derzeit** | ☐ Wehr-, Zivil- oder Bundes-freiwilligendienst leistend | ☐ Schüler<br>☐ Student |

*Bitte Zutreffendes ankreuzen*

Ab dem 18. Lebensjahr ist der Nachweis als Schüler jährlich bzw. die Studienbescheinigung vor jedem Semesterbeginn neu zu erbringen, da sonst automatisch Erwachsenenbeitrag erhoben wird. Eine Rückerstattung ist nicht möglich.

**Adressdaten** - *Bitte in Blockschrift und gut lesbar ausfüllen* - ***Alle Felder sind Pflichtfelder!***

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nachname | | | |
| Vorname | | | |
| Straße und Hausnummer | | | |
| Postleitzahl und Wohnort | | | |
| Geburtsdatum | | Telefonnummer | |
| E-Mail-Adresse | | | |

**Kontodaten** - *Bitte in Blockschrift und gut lesbar ausfüllen* - ***Alle Felder sind Pflichtfelder!***

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kontoinhaber Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontoinhaber Familienname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kreditinstitut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC |

Die Beitragsabbuchung erfolgt grundsätzlich **vierteljährlich**.

Hiermit ermächtige ich die ACT widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Verpflichtung zur Beitragszahlung bleibt jedoch weiterhin bestehen. Die Höhe der Mitgliedsbeiträge als auch der Sonderbeiträge sind mir bekannt.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datum | | Unterschrift des Kontoinhabers | |

Mit nachfolgender Unterschrift anerkenne ich die Satzung der ACT, wonach die Mitgliedschaft mit Datum der Anmeldung in Kraft tritt und die Kündigung satzungsgemäß nur zum Ende eines Quartals möglich ist und bis spätestens sechs Wochen vor Quartalsende schriftlich dem geschäftsführenden Vorstand zu erklären ist. Ich bin mit der Erfassung meiner persönlichen Daten aus dieser Anmeldung zum Zweck der Datenverarbeitung durch die ACT einverstanden. Änderungen von Adress- bzw. Kontodaten werden von mir unverzüglich dem Vorstand der ACT mitgeteilt. Der "Kontrollabschnitt für das Mitglied" wurde abgetrennt und mir übergeben.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datum | | Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters | |

✂

*Bitte sorgfältig aufbewahren*

**Kontrollabschnitt für das Mitglied**

- Konto der ACT: **Kasseler Sparkasse - IBAN: DE06 5205 0353 0000 0244 71 - BIC: HELADEF1KAS**.
- **Achtung:** Mitgliedsbeiträge bis zum Beginn des nächsten Quartals sind vom Mitglied selbst auf das vorgenannte Konto zu überweisen. Die entsprechenden Einzahlungsbelege sind der Anmeldung beizufügen.
- Eine Kopie der Satzung erhält auf Antrag jedes Mitglied entgeltlich (zur Zeit 0,50 € Kopierkosten) vom Vorstand bzw. ist unter www.act-kassel.de kostenlos aus dem Internet zu beziehen.
- Die Kündigung ist gemäß Satzung zum Ende eines Quartals möglich und dem Vorstand schriftlich sechs Wochen vorher zu erklären an: **ACT-Kassel - Wimmelstraße 10 - 34125 Kassel** oder an: **info@act-kassel.de**.
- Die Beitragszahlung erfolgt in der Regel per Lastschrifteinzug durch die ACT. **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00001503684**.
- Sollte mein Konto keine ausreichende Deckung aufweisen, so habe ich mich dennoch zur Zahlung der Beiträge verpflichtet, die als Bringschuld im Voraus auf das oben angegebene Konto der ACT zu entrichten sind.
- Änderungen von Adress- und Kontodaten habe ich dem Vorstand unverzüglich mitzuteilen. Durch Unterlassung entstandene Kosten gehen zu meinen Lasten. Die Studienbescheinigung ist vor jedem Semester neu zu erbringen und der Nachweis für Schüler über 18 Jahre hat jährlich vor Schuljahresbeginn zu erfolgen, da sonst der Beitrag für Erwachsene automatisch erhoben wird. Beitragsrückzahlung bei zu spät erbrachtem Nachweis ist ausgeschlossen.

(c) act-kassel 07-2017