



# Aeltere Casseler Turngemeinde e.V.

Postfach 10 02 44 • 34002 Kassel

Geschäftsstelle: Wimmelstraße 10

Wird vom Verein ausgefüllt

CVP-Nr. Datum/Name

## Anmeldung

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

**Abteilung:**

*Teilnahme in weiteren Abteilungen ist ebenfalls möglich -eventuellen Sonderbeitrag beachten!*

Untergruppe:

**Adressdatenblock**

**Bitte in Blockschrift und gut lesbar ausfüllen!**

**Vorname**

**Familienname**

**Geburtsdatum**

O

**Straße / Hausnummer**



**Vorwahl**



**Rufnummer**

**PLZ**

**Wohnort**

**E-Mail Adresse**

**Ich bin**

..... zurzeit **Schüler**

**Student**

**Wehr- oder Ersatzdienst leistend**

..... **männlich**

**weiblich**

*(Bitte zutreffendes ankreuzen X)*

**(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.**

**Kontodatenblock**

**!! Eine Rückerstattung ist nicht möglich. !!**

**BLZ**

**Kontonummer**

**Geldinstitut**

**Kontoinhaber:**

**Vorname**

**Familienname**

Ich wünsche die Beitragsabbuchung: **vierteljährlich**

**halbjährlich**

**jährlich**

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 Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Verpflichtung zur Beitragszahlung bleibt jedoch weiterhin bestehen. Die Höhe der Mitgliedsbeiträge als auch der Sonderbeiträge sind mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
**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 6 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 *(Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter)*



### **Kontrollabschnitt für das Mitglied**

bitte sorgfältig aufbewahren!

Eine Kopie der Satzung erhält auf Antrag jedes Mitglied entgeltlich (z.Z. 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 6 Wochen vorher zu erklären, an: **ACT-Kassel - Postfach 100244 - 34002 Kassel** oder an:

**info@act-kassel.de**. Die Beitragszahlung erfolgt in der Regel per Lastschrift einzug durch die ACT. Sollte mein Konto keine ausreichende Deckung aufweisen, so habe ich mich dennoch zur Zahlung der Beiträge, die als Bringschuld im Voraus zu entrichten ist, verpflichtet.

Konto Nr. der ACT: **24471** bei der **Kasseler Sparkasse - BLZ 520 503 53**

Änderungen von Adress- und Kontodaten habe ich dem Vorstand unverzüglich mitzuteilen. Durch Unterlassung entstandenen 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 Beitrag für "Erwachsene" automatisch erhoben wird.

**!! Beitragsrückzahlung bei zu spät erbrachtem Nachweis ist ausgeschlossen!!**