



TANZSPORTCLUB  
CASINO OBERALSTER  
HAMBURG

Duvenstedter Markt 2  
22397 Hamburg  
0176 – 765 672 06

## Antrag auf Vereinsmitgliedschaft

Ich stelle hiermit den Antrag auf Vereinsmitgliedschaft im Tsc Casino Oberalster e.V.

Vorname		Nachname	
Straße		ggf. Name Erziehungsberechtigte/r (in Druckbuchstaben)	
PLZ	Ort	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Eintrittsdatum (TT.MM.JJJJ)		E-Mail-Adresse	
Festnetz-Telefon		Mobiltelefon	
Trainingsgruppe		<input type="checkbox"/> <i>aktive</i> Mitgliedschaft <i>fördernde</i> <input type="checkbox"/>	

- Ich erkenne die Satzung und die Beitrags- und Gebührenordnung des Tsc Casino Oberalster e.V. an. Die Unterlagen finden Sie unter <https://tsc-casino-oberalster.de/downloads/>
- Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der DSGVO einverstanden. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden, entweder schriftlich an Tsc Casino Oberalster e.V., Duvenstedter Markt 2, 22397 Hamburg oder per E-Mail an [info@tscco.de](mailto:info@tscco.de). Bei Widerruf kann die Mitgliedschaft nicht fortgeführt werden. Unter <https://tsc-casino-oberalster.de/downloads/> finden Sie die Datenschutzerklärung. **Turnierpaare und Funktionsträger füllen bitte das zugehörige Datenschutz-Formular aus.**
- Ich bin damit einverstanden, Mitgliederinformationen vom Tsc Casino Oberalster e.V. per E-Mail zu erhalten.
- Die Beiträge werden im SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen. Mit einer Abbuchung bin ich laut untenstehender Erklärung einverstanden.

Hamburg, den  
(TT.MM.JJJJ)

Unterschrift:

bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Tsc Casino Oberalster e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Tsc Casino Oberalster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE81ZZZ0000943000.

Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es geltend dabei die mit ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers (in Druckschrift)	
Name der Bank	BIC
IBAN	

Unterschrift des Kontoinhabers: