Vienna Timberwolves
ZVR 905 402 933

Wolves Basketball Event GmbH
FN 585484g

ASKÖ Ballsport Center
Bernoullistraße 9, A-1220 Wien

office@viennatimberwolves.at
www.viennatimberwolves.at

Beitrittserklärung

Der/Die Beitretende:

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

Staatsbürgerschaft _____ **Reisepass gültig bis** _____

Doppelstaatsbürgerschaft _____ **Reisepass gültig bis** _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Telefon (Festnetz) _____ **Handy** _____

E-Mail _____

Der/Die Erziehungsberechtigte:

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Telefon (Festnetz) _____ **Handy** _____

E-Mail _____

Ich bestätige, dass mein Sohn/meine Tochter _____ am Trainingsbetrieb und an den entsprechenden öffentlichen Veranstaltungen, wie Wettspielen etc. teilnehmen darf. Mit meiner Unterschrift nehme ich auch den Inhalt des beiliegenden Informationsblattes zur Kenntnis.

Im Falle einer nicht-österreichischen Staatsbürgerschaft:
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mein Sohn/meine Tochter zuvor

- ○ **in keinem ausländischen Verein Basketball gespielt hat.**
- ○ **bei _____ bis zum _____ gespielt hat.**
  Verein, Verband und Land **Austrittsdatum**

Im Falle von Falschangaben kommt es zu Pönalzahlungen, die nicht vom Verein übernommen werden und daher in voller Höhe von dem unterschreibenden Erziehungsberechtigten zu tragen sind!

Wie sind sie auf den Verein Vienna Timberwolves aufmerksam geworden?
○ **Volksschulaktion** ○ **Internet** ○ **Freunde/Bekannte** ○ **Donau Basketball** ○ _____

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift**