Mitgliedsantrag (Seite 1 von 2), Stand: 09.02.2024

Aufnahmeantrag

Turn- und Sportverein 1895 e.V. Kriegsfeld 1. Vorsitzender Steffen Mandler Viermorgen 28, 67819 Kriegsfeld E-Mail: steffenmandler@t-online.de Mobil: 0151/23572703

Hiermit beantrage ich	,		
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
E-Mail-Adresse			
die Aufnahme in den	Turn- und Sportvereir	ı 1895 e.V. Kriegsfel	d
ab dem			
Zur Zeit gelten folgen	de Jahresbeiträge:		Abteilung (bitte ankreuzen)
 15,00 € Kinder und 20,00 € Erwachsene 40,00 € Familienbei 	e (ab 18 Jahren)		☐ Musikverein "Spielmannszug" ☐ Volleyball ☐ Turnen
Im Falle einer Familienn	nitgliedschaft sollen fol	gende Familienmitgli	eder berücksichtigt werden:
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Abteilung	☐ Musikverein ☐ Volleyball ☐ Turnen	☐ Musikverein ☐ Volleyball ☐ Turnen	☐ Musikverein ☐ Volleyball ☐ Turnen
(weitere Familienmitglie	eder bitte auf einem Be	iblatt nach diesem Mu	uster angeben)
im Aufnahmeantrag ge	nannten personenbezo m Wege der elektronisc	ogenen Daten. Diese I chen Datenverarbeitur	rwaltung meiner Mitgliedschaft die Daten werden durch den Verein zu ng verarbeitet. Mir ist bekannt, dass geben werden kann.
Bei Mitgliedschaft von I aus der Mitgliedschaft e			kläre ich mein Einverständnis für die stehen.
Ort und Datum			
Unterschrift (Bei Minde	 rjährigen Unterschrift d	ler gesetzlichen Vertre	eter)

Mitgliedsantrag (Seite 2 von 2), Stand: 09.02.2024

Sepa-Lastschriftmandat

Turn- und Sportverein 1895 e.V. Kriegsfeld 1. Vorsitzender Steffen Mandler Viermorgen 28, 67819 Kriegsfeld E-Mail: steffenmandler@t-online.de Mobil: 0151/23572703

Gläubiger-Identifikationsnummer DE63ZZZ00000905785

Mandatsreferenz (wird in einem Schreiben separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Turn- und Sportverein 1895 e.V. Kriegsfeld den jährlichen Mitgliedsbeitrag zum 1. Juli eines jeden Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Turn- und Sportverein 1895 e.V. Kriegsfeld auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Unterschrift Kontoinhaber/in

Kontoin	habe	r/in																
Name, Vorname																		
Straße, F	Hausn	umm	ner															
PLZ, Wo	hnort	:		_														
IBAN																		
D E																		
BIC (8 oc	der 1	1 Stel	len)		•	•		•		•			•	•	•	•		
Ort und	Datu	m																