

**Turn- und Sportverein e.V.
1897 Bad Wörishofen**

Christine Heiß
Kanzelwandstr. 11
86825 Bad Wörishofen

BLSV gemeldet am:

Mitgl.-Nr. = Mandatsreferenz

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim Turn- und Sportverein e.V. 1897 Bad Wörishofen.
(**Achtung:** Bitte Seite 2 "SEPA-Lastschriftmandat" vollständig ausfüllen)

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Vorname: _____ männl. () weibl. ()

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Telefon _____ Handy: _____

e-mail: _____

Abteilung bitte ankreuzen

Judo ()	Disc Golf ()	Schwimmen ()	Sportabz. ()	
Leicht- athletik ()	Nordic Walking ()	Turnen Wettkampf ()	Turnen Allgemein ()	Fördermitglied passiv ()

Jahresbeitrag: Kinder/Jugendliche: 30 € Erwachsene: 50 €
Ehepaare/Familien: 85 € Passive: 10 €
Aufnahmegebühr: 5 €

- * Mit einer Bildveröffentlichung (z.B. Siegerfotos) in den Medien bin ich einverstanden.
- * Wir verwenden ihre e-mail-Adresse ausschließlich zur Versendung von Vereinsnachrichten und vereinsbezogenen Informationen im Rahmen des Datenschutzrechts der Bundesrepublik Deutschland.
- * Der Jahresbeitrag ist unabhängig von der Teilnahme an Übungsstunden zu entrichten.
- * Die Kündigung der Mitgliedschaft ist laut unserer Satzung nur schriftlich und nur zum Jahresende möglich.

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

(für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren)

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Turn- und Sportverein e.V. 1897 Bad Wörishofen
Söllereckweg 9
86825 Bad Wörishofen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE04ZZZ00000161111

Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer und wird Ihnen im Begrüßungsschreiben mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Turn- und Sportverein Bad Wörishofen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Turn- und Sportverein Bad Wörishofen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____ **IBAN:** _____

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: BIC und IBAN siehe Rückseite Bank-Card oder Kontoauszug