

AUFNAHMEANTRAG MITGLIEDSCHAFT



Hiermit beantrage ich

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

.....
Telefon (Festnetz, mobil), eMail-Adresse

ab dem.....

die Mitgliedschaft im Verein **TuS Kirchwalsede von 1919 e.V.** in der Sparte (**Zutreffendes bitte ankreuzen**)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aikido | <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Fitness | <input type="checkbox"/> Fußball |
| <input type="checkbox"/> Kinderturnen | <input type="checkbox"/> Lauf- und Radsport | <input type="checkbox"/> Tischtennis | |

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des Vereins an.

Ich ermächtige den Verein **TuS Kirchwalsede** widerruflich meinen Beitrag und sonstige finanzielle Verbindlichkeiten, welche laut Satzung erhoben werden dürfen, bei Fälligkeit von dem auf dem SEPA-Formular angegebenen Konto durch Lastschrift einzuziehen. (**Bitte hierfür unbedingt die untere Hälfte des SEPA-Lastschriftmandats ausfüllen !!!**)

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verbreitung meiner personenbezogenen Daten für die Vereinszwecke gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Vereinsmitglied

Für die Aufnahme von Minderjährigen (Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre):

Hiermit genehmige(n) ich/wir die Aufnahme in den Verein **TuS Kirchwalsede von 1919 e.V.**.

ab dem für (Name, Vorname, Geb.-Datum)

und übernehme(n) die Haftung für die Erfüllung der Vereinsverpflichtungen bis zum Eintritt der Volljährigkeit.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

BEITRAGSSÄTZE/JAHR



Kinder bis 6 Jahre (falls kein Elternteil Mitglied im Verein)	€ 20,--
Jugendliche Mitglieder (6 - 18 Jahre)	€ 35,--
Erwachsene Aktive	€ 70,--
Auszubildende, Studenten	€ 35,--
Familienbeitrag (Kinder mit Vollendung des 18. Lebensjahres scheiden aus)	€ 120,--
Passive Mitglieder	€ 35,--

Besonderheiten:

Ehrenmitgliedschaft (ab dem 65. Lebensjahr)	beitragsfrei
Schiedsrichter	beitragsfrei

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Turn- und Sportverein Kirchwalsede von 1919 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Blömers Hof 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

27386 Kirchwalsede

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE49ZZZ00000049042

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Mitglied Nr.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Turn- und Sportverein Kirchwalsede von 1919 e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Turn- und Sportverein Kirchwalsede von 1919 e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Turn- und Sportverein Kirchwalsede von 1919 e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Turn- und Sportverein Kirchwalsede von 1919 e.V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:**

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.