



# Turn- und Sportverein 1897 Udenhausen e.V.

Fitness- und Gesundheitssport - Fußball - Leichtathletik - Tennis

## Aufnahmeantrag

Ich bitte hiermit um Aufnahme als Mitglied im TSV 1897 Udenhausen e. V., 34393 Grebenstein.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Eintrittsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Telefonnummer und E-Mail	
Abteilungszuordnung für LSB <input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Leichtathletik <input type="checkbox"/> Tennis <input type="checkbox"/> Turnen	

Vereinsbeitrag (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 4,50 € mtl.<br>Erwachsene | <input type="checkbox"/> 11,50 € mtl.<br>Familienbeitrag<br>(Kinder und<br>Jugendliche bis 18<br>Jahre) | <input type="checkbox"/> 3,50 € mtl.<br>Kinder und<br>Jugendliche bis 18<br>Jahre | <input type="checkbox"/> 3,50 € mtl.<br>Senioren<br>(ab 65 Jahre) | <input type="checkbox"/> beitragsfrei<br>Ehrenmitgliedschaft<br>(ab 80 Jahre) |
|--|---|---|---|---|

Ich erkenne die Satzung an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Beiträge. Die Abbuchung der Beiträge erfolgt ausschließlich halbjährlich zum 01.04. und 01.10. Eine Abmeldung muss schriftlich zum Ende eines Halbjahres erfolgen. Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern gespeichert.

Änderungen der persönlichen Angaben sind schnellstmöglich mitzuteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich erst mit der Genehmigung meines Aufnahmeantrages durch den Vorstand als ordentliches Mitglied mit allen Rechten und Pflichten gelte.

....., den .....  
(Ort) (Datum) Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

## Erteilung SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00001149493 Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den TSV 1897 Udenhausen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Udenhausen 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.

Name, Vorname - Kontoinhaber	
Kreditinstitut	BIC
IBAN D E _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _	

....., den .....  
(Ort) (Datum) Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)