

Mitgliedsnr.

TSV WEHDEL VON 1904 E. V.

AUFNAHME-/ÄNDERUNGSANTRAG



Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Geschlecht:

PLZ

Ort

- 1 = männlich, aktives Mitglied
- 2 = weiblich, aktives Mitglied
- 3 = männlich, passives Mitglied
- 4 = weiblich, passives Mitglied



Geburtsdatum TTMMJJ

Beruf

Abteilungen des TSV Wehdel:

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| 1 = Gymnastik Damen | 2 = Jedermannsturnen | 3 = Kinderturnen/HipHop | 4 = Leichtathletik | 5 = Tischtennis |
| 6 = Fußball | 7 = Fitness | 8 = sbw | 10 = Skiabteilung | 11 = Badminton |
| 12 = z. Zt. nicht belegt | 13 = Handball | 14 = Gesundheitssport | 15 = Floorball | 20 = passiv/o. Abt |

Eintrittsdatum TSV Wehdel

Aktiv in folgenden Abteilungen:

Name früherer Sportvereine

Eintrittsjahr früherer Sportvereine

weitere Familienmitglieder: (jeweils Name, Vorname, Geb.-dat., Eintrittsdat. früherer Sportvereine)

aktiv in folgenden Abt.

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift (bei Jugendlichen: Eltern/Ges. Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat:

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige den TSV Wehdel (Gläubiger-ID: DE33ZZZ00000967144), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Wehdel 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. Der TSV Wehdel wird die Einzüge der Mitgliedsbeiträge jeweils um den 1. Januar, den 1. April, den 1. Juli und den 1. Oktober eines jeden Jahres vornehmen, je nachdem, welche Zahlungsweise (Jährlich/Halbjährlich/Vierteljährlich) unten gewählt wurde. Diese Zahlungstermine gelten hiermit dauerhaft als offiziell angekündigt.

Name und Ort des Kreditinstituts

BIC

ggf. Name des Kontoinhabers

IBAN
DE

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag (z. Zt. € 14,50 monatl.) | <input type="checkbox"/> Einzelbeitrag (z. Zt. € 9,00 monatl.) |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Einzelbeitrag (z. Zt. € 5,00 monatl.; z.B. Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene in Ausbildung, Rentner) | |

Die Belastungen wünsche ich: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Datum

Unterschrift Verfügungsberechtigter