Turn- und Sportverein Bindlach e.V.

Aufnahmeschein

Ich _____

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

PLZ Wohnort Straße

freiwillige Angaben

Telefonnummer Handynummer Emailadresse

erkläre hiermit meinen Beitritt zum TSV Bindlach e.V.

Bindlach, den _____ _____

(eigenhändige Unterschrift - bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsbrechtigten)

Abteilung: (ankreuzen)		jährl. Mitgliedsbeitrag:
☐ Fußball	☐ Turnen mit Gymnastik und Nordwalking	Stand: 01.01.2015
☐ Tischtennis		Kinder u. Jugendl. bis 17 Jahre: 45,00 €
☐ Tennis		Erwachsene: 57,00 €
☐ Schach	☐ Theater	Familienbeitrag: 114,00 €
☐ Basketball	☐ Diabetikersportgruppe	
☐ Volleyball	☐ Koronar-Herzsportgruppe	

Familienmitgliedschaft

Folgende Personen gehören zu meiner Familie und sind bereits Mitglied des TSV Bindlach oder wollen es hiermit auch werden:

Name	Geburtsdatum:
Name	Geburtsdatum:
Name	Geburtsdatum:
Name	Geburtsdatum:
Name	Geburtsdatum:
Name	Geburtsdatum:

bei gleichem Familiennamen, reicht der Vorname aus!

(Familienbeitrag = Ein/Zwei Erwachsene (Erziehungsberechtigte) und ihre Kinder unter 18 Jahren)

Schüler und Studenten über 18 Jahren, werden gegen Nachweis (bis zum 31.01.), als Familienmitglied weitergeführt.

Datum:

Unterschrift der erwachsenen Mitglieder:

Internvermerke:	**Mitgl.Nr.**	**EDV-Erf. am**	**Durch:**

(Ihre persönlichen Daten werden zu vereinsinternen Zwecken in einer EDV-Anlage erfasst (§26/1 BDSG))

SEPA-(Basis-)Lastschriftmandat *(SEPA Direct Debite Mandate)*

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Creditor's Name & Adress

TSV Bindlach e.V.
Am Sportplatz 1
95463 Bindlach

Wiederkehrende Zahlungen *(Recurrent Payments)*

Gläubiger-Identifikationsnummer
(Creditor identifier)
DE03ZZZ00000042401

Mandatsreferenz
(Mandate reference)

Ich/Wir ermächtige(n) oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
By signing this mandate form, I/we authorise above mentioned Creditor to send instructions to my/our bank to debit my/our account and my/our bank to debit my/our account in accordance with the instructions from above mentioned Creditor.

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.
As part of my/our rights, I'm/we are entitled to a refund from my/our bank under the terms and conditions of my/our agreement with my/our bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which my/our account was debited.

Kontoinhaber Name, Vorname
(Name of debtor)

Straße, Hausnummer
(Street name and number)

PLZ, Ort
(Postal code and city)

Land
(Country)

IBAN *(Account number-IBAN)*	BIC[1] *(Swift BIC)*

Name Kreditinstitut (Bank) des Zahlungspflichtigen
(Name of debtor's bank)

Ort, Datum *(Location, date)*	Unterschrift(en) *Signature(s)*

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

wird vom Mitglied ausgefüllt

wird vom Verein ausgefüllt

© VR-Bank Bayreuth 10.12