



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den TSV Fischerhude-Quelkhorn e.V.. Ich möchte gerne als aktives () / passives ()** Mitglied in der-Abteilung mitmachen.

Meine Personalien:

Name, Vorname: *	<input type="checkbox"/> weiblich ** <input type="checkbox"/> männlich **
Geb.Datum, Geb.Ort: *	
<input type="checkbox"/> berufstätig ** <input type="checkbox"/> Schule/Ausbildung ** <input type="checkbox"/> ** StudentInnen bitte die Immatrikulationsbescheinigung beifügen	
Anschrift: *	
_____ Straße und Hausnummer	
_____ Postleitzahl und Wohnort	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, einen Auszug aus der Vereinssatzung zur Kenntnis erhalten zu haben und erkenne die Satzung an. Ebenso bestätige ich, dass ich keine Spielgenehmigung derselben Sportart für einen anderen Verein, Landesverband oder Staat besitze.

Ich bin damit einverstanden, dass die obigen Daten im Rahmen der Mitgliedsverwaltung erfasst werden. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden vom TSV strikt beachtet.

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

Nachr.: Derzeit gültige Mitgliedsbeiträge	jährlich	monatlich
Erwachsene	78,00 €	6,50 €
Kinder, Jugendliche, Auszubildende, Studenten	42,00 €	3,50 €
Familien (ab 2 Erw. + 1 Kind)	198,00 €	16,50 €
Passive	42,00 €	3,50 €

Die Mitgliedsbeiträge werden jährlich von der Mitgliederversammlung beschlossen.



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger

Turn- und Sportverein Fischerhude-Quelkhorn e.V.
Landstraße 4, 28870 Ottersberg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE96ZZZ00000400500

Mandatsreferenz: (Ihre Mitgliedsnummer)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den o.a. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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.

Die Einzugsermächtigung/Lastschriftmandat gilt für die jährliche Beitragszahlung.

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)*

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen)

IBAN: DE__ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

BIC (8 oder 11 Stellen)

BIC: : _____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)