

Aufnahmeantrag TSV Heiligendorf von 1946 e.V.



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den TSV Heiligendorf:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnr.:		PLZ/Wohnort:
Telefon:		E-Mail:

Als Spartenzugehörigkeit wähle ich:

- | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Fußball | <input type="radio"/> Turnen/Gymnastik | <input type="radio"/> Radsport | <input type="radio"/> Tischtennis |
| <input type="radio"/> Tennis ¹ | <input type="radio"/> Schwimmen | <input type="radio"/> Skat | <input type="radio"/> Yoga ¹ |

Für folgende Familienangehörige erweitere ich den Antrag:

Ehegatte/Vorname:	Geburtsdatum:	Sparte:
Kind/Vorname:	Geburtsdatum:	Sparte:
Kind/Vorname:	Geburtsdatum:	Sparte:
Kind/Vorname:	Geburtsdatum:	Sparte:

Monatliche Mitgliedsbeiträge, Stand 01.04.2018 ²

Erwachsene	10,00 €	Kinder/Jugendliche	5,50 €
Familien (Eltern mit allen Kindern)	20,00 €	Senioren (ab 65 Jahren)	7,00 €

Der Mitgliedsbeitrag wird quartalsweise per Lastschriftmandat)* erhoben. Einzelne Sparten können einen Sonderbeitrag in unterschiedlicher Höhe vereinbaren. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Eintrittsdatum. Sie erlischt durch eine schriftliche Austrittserklärung zum Quartalsende. Die aktuelle Vereinssatzung ist mir bekannt. Ich kann sie auf Wunsch erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller/gesetzlicher Vertreter)

)* rückseitig: SEPA - Lastschriftmandat ¹ Sparten mit Zusatzbeitrag ² Wolfsburg-Card vergünstigt, Nachweis beifügen



TSV Heiligendorf von 1946 e.V.

SEPA - Lastschriftmandat
für SEPA - Basis - Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Turn- und Sportverein Heiligendorf von 1946 e.V.
Hopfenkamp 4
38444 Wolfsburg

Gläubiger - Identifikationsnummer

DE 81 ZZZ 00000 571393

Ich / Wir ermächtige(n) den TSV Heiligendorf von 1946 e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir / mein / unser Kreditinstitut an, die von dem TSV Heiligendorf von 1946 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.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift(en) (Kontoinhaber)