Beitrittserklärung:

Ich möchte ab dem Mitglied im **Turnverein 1885 Heiligenwald** werden.

Name: Vorname:

Straße: Wohnort:

Geburtsdatum: Telefon:

E-Mail:.....

Aktiv (): Sparte(n):

Inaktiv ()

- () Handball () Badminton
- () Aerobic () Hausfrauen
- () Faustball () Jazz – Dance
- () Turnen () Gesundheitssport
- () Tischtennis () Zumba

Mitgliedsbeitrag: monatlich

- Inaktive 3 €**
- Jugendliche bis 18 Jahre 6 €**
- Schüler, Studenten und Auszubildende ab 18 Jahre 6 €**
- Aktive ab 18 Jahre 11 €**
- Familienbeitrag 18 €**

Zahlungsweise des Mitgliedsbeitrages: () SEPA Lastschriftmandat (bitte Rückseite ausfüllen)
 () Dauerauftrag

Die Beiträge werden vierteljährlich eingezogen

Ort, Datum

**Unterschrift (bei Minderjährigen die
 Unterschrift des Erziehungsberechtigten)**

Mitgliedsbeitrag	vierteljährlich	Anzahl
Jugendliche bis 18 Jahre	18,- €	-----
Schüler, Studenten und Auszubildende ab 18 Jahre	18,- €	-----
Aktive ab 18 Jahre	33,- €	-----
Inaktive	9,- €	-----
Familienbeitrag	54,- €	-----

Angaben falls Familienbeitrag:	Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintrittsdatum
Ehepartner :				
Kind 1 :				
Kind 2 :				
Kind 3 :				

Für SEPA Lastschriftmandat bitte die Rückseite ausfüllen

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Turnverein Heiligenwald an. Die Satzung ist auf der Internetseite des Vereins einzusehen oder liegt in der Jahnturnhalle aus.

Im Rahmen des Vereinsgeschehens bin ich damit einverstanden das Bilder und Videomaterial von mir veröffentlicht werden kann.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Turnverein Heiligenwald 1885 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Am Turnplatz 1
66578 Heiligenwald**

Gläubiger - Identifikationsnummer:

DE 19ZZZ00000255028

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **TV Heiligenwald** widerruflich, die von mir / uns entrichteten den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **TV Heiligenwald** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **TV Heiligenwald** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarte Bedingungen

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung: X**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen

DE

BIC:

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungsempfängers (Kontoinhaber):