



TSV BÜSUM e.V.

Nicht ausfüllen
Mitgliedsnummer

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich/wir für mich/uns den Beitritt in den Verein zum

Tag	Monat	Jahr

1. Mitgliedsangaben

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Sparte: _____

Nur bei Familienmitgliedschaft ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Sparte: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Sparte: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Sparte: _____

Kontaktdaten

Straße und Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

2. Zahlungspflichtig (Nur bei Abweichung zu Ziffer 1)

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Nr. _____ PLZ: _____ Ort: _____

3. Mitgliedschaft und Beitrag (Der Beitrag wird vierteljährlich eingezogen)

	pro Monat	vierteljährlich
<input type="checkbox"/> Erwachsene	9,00 €	27,00 €
<input type="checkbox"/> Jugendliche, Kinder *	6,00 €	18,00 €
<input type="checkbox"/> Familie	18,00 €	54,00 €
<input type="checkbox"/> passive	5,00 €	15,00 €

* gilt für Minderjährige, Studierende, Auszubildende sowie Schüler

Gemäß Vereinssatzung wird eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe eines Monatsbeitrag erhoben

Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Satzung und Datenschutzbestimmungen können in der Geschäftsstelle oder auf

<https://www.tsv-buesum.de> eingesehen werden.

Datum Unterschrift des Mitgliedes bzw. bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfänger: Turn-und Sportverein BÜSUM e.V.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE66ZZZ00000283476

Mandatsreferenz (vom Empfänger auszufüllen) _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Turn-und Sportverein BÜSUM e.V., Zahlungen von meinem / unsrem Kontomittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich(B) weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Turn- und Sportverein BÜSUM e.V. auf mein / unser Konto gezogen Lastschriften einzulösen.

Hinweis-. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*in: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |