

TuS 1892 " Rot - Weiß Wennemen e.V.

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme als aktives / passives* Mitglied in die Abteilung:

* Nichtzutreffendes bitte streichen.

Fußball

Tennis

Fitness

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Name	Vorname
Straße	Plz./ Wohnort
Geburtsdatum	Telefon
E - Mail	

Die Vereinssatzung ist mir bekannt, ich erkenne sie in vollem Umfang an.

Jahresbeiträge zur Zeit: passives Mitglied	15 €
Kinder bis 14 Jahre	30 €
Jugendliche bis 18 Jahre	45 €
Erwachsene	60 €
Eheleute	80 €
Familienbeitrag	100 €

Familienbeitrag gilt für Kinder bis 18 Jahre

Kündigungen müssen jeweils bis zum 31.12. dem Vorstand vorliegen, sonst verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein weiteres Jahr!

Die Beitragserhebung erfolgt per Einzugsermächtigung (siehe Anlage) .

59872 Meschede, den _____

Unterschrift Mitglied

bei Kindern u. Jugendlichen gesetzl. Vertreter

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Verein die Mitgliedsdaten zu Zwecken des Beitragseinzuges bzw. der Erstellung von statistischen Auswertungen bei der Sparkasse Meschede speichert

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basislastschrift-Mandats

Angaben zum Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers: TuS 1892 „Rot-Weiß“ Wennemen e.V.
Straße und Hausnummer: Laer 13
Postleitzahl und Ort: 59872 Meschede
Land: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000404401

Mandatsreferenz:
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den o.g. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Basislastschrift-Mandat:

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

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.g. 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Land: Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen: D E
(maximal 22 Stellen)

BIC

(8 oder 11 Stellen)

Kontonummer _____

: Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)