

Turn- und Sportverein Achtrup

von 1954 e.V.



An den Vorstand des
TSV Achtrup von 1954 e.V.
z.Hd. Kassenwart(in)
Bahnhofstr. 3
25917 Achtrup

Datum: ____/____/____

Anmeldeformular

Ich beantrage mit sofortiger Wirkung die Mitgliedschaft im TSV Achtrup von 1954 e.V. für nachstehende Person:

Name : _____ Vorname : _____

Straße, Hausnummer : _____

Postleitzahl, Wohnort : _____

Geburtsdatum : _____ Telefon : _____

E-Mail: : _____

Sparte : _____

(Als Passives Mitglied trage hier bitte deinen FREIWILLIGEN
Beitrag ein – **mindestens 2,- € pro Monat**)

Familienmitglieder im TSV Achtrup bei Familienbeitrag angeben:

1. : Vorname - Nachname - Geburtsdatum
2. : _____
3. : _____
4. : _____
5. : _____

Die zur Zeit gültigen monatlichen Mitgliedsbeiträge zahle ich vierteljährlich im Voraus:

(zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Familie	16,00€ /Mon	<input type="checkbox"/> Jugendlicher (bis 18 Jahre)	5,00€ /Mon
<input type="checkbox"/> Erwachsener	9,00€ /Mon	<input type="checkbox"/> PASSIV (Mindestbeitrag)	2,00€ /Mon
<input type="checkbox"/> Senior(ü60)	8,00 /Mon	<input type="checkbox"/> Schiedsrichter Fußball (Aktiv)	FREI

Kündigungen müssen schriftlich 4 Wochen **vor** Quartalsende an den Vorstand z.Hd. Kassenwart(in) gerichtet werden.

Unterschrift: _____ - : _____
Bei Minderjährigen, die des Erziehungsberechtigten. NAME IN DRUCKSCHRIFT/ORT/DATUM

BITTE BEACHTEN:

Mandatsreferenz / SEPA-Lastschriftmandat ist zwingend erforderlich!

Bitte wenden und ausfüllen!

Turn- und Sportverein Achtrup

von 1954 e.V.



An den Vorstand des
TSV Achtrup von 1954 e.V.
z.Hd. Kassenwart(in)
Bahnhofstr. 3
25917 Achtrup

Datum: ____/____/____

Mandatsreferenz / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Achtrup von 1954 e.V., folgende wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

- – **Mitgliedsbeiträge**
- – **Spartenbeiträge** (wird zur Zeit NICHT erhoben)

Ich ermächtige den TSV Achtrup von 1954 e.V., folgende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

- – **Gebühren und Auslagen (Bank/Veranstaltung) / Straf gelder (Verband)**

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Achtrup von 1954 e.V. mit der Gläubigeridentifikationsnummer DE52ZZZ00000057039 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | __ | __ | __ | __ | __

ODER

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Unterschrift/Datum