SCHNUPPERMONAT IM ACTIVITY

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im TSV Schmiden 1902 e.V.
Mit der Unterschrift erkenne ich die Satzung, die Beitragsordnungen und die Mitgliedsbedingungen an. Diese sind auf der Website einsehbar.

www.tsv-schmiden.de
info@tsv-schmiden.de
0711/ 95 19 39 - 0
Wilhelm-Stähle-Str. 13
70736 Fellbach-Schmiden

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Zusendung TSV Newsletter ☐ Ja ☐ Nein

Name

Telefon/Mobil

Vorname

E-Mail

Straße/Haus-Nr.

Geburtsdatum

PLZ/Ort

Sind bereits Familienangehörige TSV Mitglied? Wenn ja _____
Name, Vorname

Ich wünsche die Vereinsschrift als PDF per ☐ E-Mail oder als ☐ Printmedium

Zugehörig zur Beitragsgruppe: ☐ Kind (bis 14 Jahre) ☐ Jugendlich (bis 18 Jahre) ☐ Erwachsen ☐ 2. Familienmitglied
☐ Familie ☐ Kleinfamilie ☐ Begünstigt ☐ Rentner:in

Monatlicher TSV Beitrag (laut Beitragsordnung): INKLUDIERT beitragsfreie Abteilung/en: _____

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen* durch den gesetzl. Vertreter)

MEINE ABTEILUNGSMITGLIEDSCHAFT MIT ZUSÄTZLICHEM BEITRAG

Die oben aufgeführte Person beantragt die kostenpflichtige Abteilungsmitgliedschaft für: ACTIVITY

Beitrag: 59,-€

Buchung der Getränke-Flatrate im Activity: €

Ich bin bereits TSV Mitglied ☐ Ja ☐ Nein

ACTIVITY SCHNUPPERMONAT

Eintritts-/Austrittsdaten
☐ Start zum 01.03.23, Ende am 31.03.23
☐ Start zum 15.03.23, Ende am 14.04.23
☐ Start zum 01.04.23, Ende am 30.04.23

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen* durch den gesetzl. Vertreter)

*Der/die Erziehungsberechtigte/n verpflichten sich gegenüber dem Verein für die Beitragsschulden ihrer Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (sofern sich diese noch in Ausbildung befinden) aufzukommen.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

GLÄUBIGER IDENTIKIFATIONSNUMMER: DE27TSV00000047304

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Turn- und Sportverein Schmiden 1902 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Belegs verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

IBAN

BIC (nur bei Bank im Ausland)

Mandatsreferenznummer = Mitgliedsnummer (wird noch vergeben) _____

☐ Monatlich (verpflichtend, wenn Zusatz-/Abteilungsbeiträge anfallen)

Name und Anschrift des Kontoinhabers (wenn vom Antragsteller abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift