

TURNVEREIN 1879 EUTINGEN e.V.

Georg-Feuerstein-Straße 1, 75181 Pforzheim, Tel. 07231-567125, Fax: 07231-566901, info@tv-eutingen.de, www.tv-eutingen.de

Beitrittserklärung

Angaben zur Person:

Name, Vorname		Bei Minderjährigen: Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r	
Straße		PLZ Wohnort	
Geburtstag	Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Student/in <input type="checkbox"/> FSJ <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> vorauss. bis: (bei Volljährigkeit ist jeweils eine entsprechende Bescheinigung erforderlich)	
Telefon/FAX		Beruf	E-Mail
weitere Familienmitglieder im Turnverein Eutingen:			
Vorname	Geburtstag	Abteilung	Beziehung zum Antragsteller Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/>
Vorname	Geburtstag	Abteilung	Beziehung zum Antragsteller Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/>

Beitritt zur Abteilung (Mehrfachnennungen möglich):

Turnen:	<input type="checkbox"/>	Gymnastik:	<input type="checkbox"/>	Leichtathletik:	<input type="checkbox"/>	Lauffreife:	<input type="checkbox"/>	Radsport	<input type="checkbox"/>
Schwimmen:	<input type="checkbox"/>	Handball:	<input type="checkbox"/>	Volleyball:	<input type="checkbox"/>	Walking-Treff:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hiermit trete ich zum **01.01.** _____ / **01.07.** _____ dem Turnverein 1879 Eutingen e.V. bei. Die Satzung, die mir auf Wunsch übergeben wird, erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Kündigungstermin ist der 31.12. jeden Jahres. Die Kündigung muss schriftlich unter Einhaltung einer Monatsfrist erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Zahlungsempfänger: TV 1879 Eutingen e.V., Georg-Feuerstein-Str. 1, 75181 Pforzheim
Gläubiger-ID: DE48ZZZ00001078521

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom 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 die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: jährlich wiederkehrende Zahlung (Jahresbeitrag): jeweils zum 30.04.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN des Zahlungspflichtigen	BIC	Bankname	

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Wird vom Verein ausgefüllt

Erfassungsdatum	Mitgl.-Nr.	Familien-Nr.	Mitgliedsart
Mandatsreferenz			Bearbeiter/in