

TV Oberwallenstadt 1908 e. V.
Krößwehrstraße 45
96215 Lichtenfels

Beitrittserklärung allgemein

(Bitte leserlich in Druckbuchstaben, oder digital ausfüllen)

hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
E-Mail: ⁽²⁾	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Eintrittsdatum:	<input type="text"/>
Abteilung: ^(3,4)	<input type="text"/>

die Mitgliedschaft im Turnverein Oberwallenstadt 1908 e. V.

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Familie (mit Kindern bis 21 Jahre) | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | 72,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 14 Jahre | 36,00 € |
| <input type="checkbox"/> Jugend 15-18 Jahre | 42,00 € |
| <input type="checkbox"/> Schüler Studenten über 18 Jahre | 42,00 € |
| <input type="checkbox"/> Senioren ab 60 Jahre | 50,00 € |

Zahlungstermin: **jährlich zum 01.02.**

- Die **Einwilligungserklärung für Internetveröffentlichungen** habe ich angehängt. ^(1,4)
- Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe ich zur Kenntnis genommen. ^(1,4)

Ort, Datum

Unterschrift

ges. Vertreter bei Minderjährigen

TV Oberwallenstadt 1908 e. V.

Krößwehrstraße 45
96215 Lichtenfels

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000284514

SEPA-Lastschriftmandat

(Bitte leserlich in Druckbuchstaben, oder digital ausfüllen)

Mandatsreferenz:

(Bitte nicht ausfüllen. Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TV Oberwallenstadt 1908 e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV Oberwallenstadt 1908 e. V. 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.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

Name, Vorname

(Kontoinhaber)

Straße:

PLZ, Ort:

IBAN:

BIC:

Ort Datum

Unterschrift Kontoinhaber