



## Aufnahme - Antrag

(Datum, jeweils zum 1. des Monats)

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name:   | Vorname:  | <b>! wird vom Verein ausgefüllt !</b>  |
| PLZ / Wohnort:  | Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w   |  |
| Straße / Hausnummer:  | Berufsbezeichnung:  | Beitrag:   |
| Telefon:  | geb. T T M M J J J J<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Mitgl. ab:   |
| E-Mail Adresse:   | Abteilung:  | Übungsleiter:  |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft <input type="checkbox"/> Eltern / Kind Turnen<br><input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft (Bitte Namen / Geb. Datum der Familienmitglieder auf der Rückseite angeben)  |   |  |
| <u>Nur für Abteilung Eltern und Kind:</u>   |   |  |
| Name / Vorname des Kindes:  | geb. am:  | T T M M J J J J<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Sind schon andere Familienangehörige Mitglieder im TVH: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   |  |
| Name:   | Verwandtschaftsgrad:  | Mitgl. Nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| Die Zahlung des Mitgliederbeitrages erfolgt nur durch SEPA - Lastschriftmandat<br>Hierzu bitte das umseitige / beigefügte Formular ausfüllen und unterzeichnen<br>Der Beitrag wird jeweils am 15.02.; 15.05.; 15.08. und am 15.11. für das laufende Quartal abgebucht |   |  |
| Die Mitgliedschaft beginnt zum 1. des Monats. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende<br>Kündigungen müssen schriftlich per Brief / Fax oder E-Mail an die Geschäftsstelle erfolgen   |   |  |
| Die dem Turnverein Heddesdorf durch unberechtigte Rückbuchungen entstandenen Kosten sind vom Zahlungspflichtigen zu erstatten   |   |  |
| Haben sie Interesse, sich aktiv an der Vereinsarbeit zu beteiligen (Vorstandsarbeit, Übungsleiter, etc.)<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> für einzelne Projekte  |   |  |

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bei Minderjährigen bitte hier Name bzw. Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten :

| TVH Monatsbeiträge:          | Mitglieder : | Kung Fu : | Ringtennis : |
|------------------------------|--------------|-----------|--------------|
| Erwachsene                   | 8,00 €       | 12,00 €   | 10,00 €      |
| Ehegatten / Partner          | 7,00 €       | 11,00 €   | 9,00 €       |
| Kinder                       | 6,00 €       | 9,00 €    | 7,50 €       |
| <b>Familienbeiträge :</b>    |              |           |              |
| 2 Erwachsene + 1 Kind        | 15,00 €      | 23,00 €   | 19,00 €      |
| 2 Erwachsene + ab 2 Kindern  | 19,00 €      | 29,50 €   | 24,00 €      |
| 1 Erwachsener + 1 Kind       | 11,00 €      | 16,50 €   | 13,50 €      |
| 1 Erwachsener + ab 2 Kindern | 14,00 €      | 21,50 €   | 19,00 €      |
| Kursbeiträge auf Anfrage     |              |           |              |



## SEPA - Lastenschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

**Turnverein Heddesdorf 1877 e.V.**Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer

**Bgm. Bidgenbachstraße 11**

Postleitzahl und Ort

**56564 Neuwied**

Land

**Deutschland**

Gläubiger - Identifikationsnummer

**DE54ZZZ0000221224**

Mandatsreferenz ( vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastenschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastenschrift 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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum ( T T / M M / J J J J )

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)