Gruppe:

# Turnverein Urloffen

1909 2009

**B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G**

*Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Turnverein 1909 e.V. Urloffen.*

Name:_____ Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

PLZ und Wohnort:_____

Straße:_____ Tel.: _____

E-Mail: _____

**EDV- Erfassung:**

**Mitgl. Nr. ……**

Eintritt:……

Erfassung:……

Ich möchte aktives / passives Mitglied des Turnvereins 1909 e.V. werden.
Die Beiträge belaufen sich für (Stand 14. März 2014)

□ Erwachsene (aktiv) € 49,-- jährlich
□ Kinder und Jugendliche (aktiv) € 36,-- jährlich (ab 3 Jahren bis 17 Jahre)
□ Passive € 15,-- jährlich
□ Mutter Kind Turnen € 49,-- jährlich (Erwachsener € 49,--, Kind bis 2 Jahre beitragsfreies Mitglied)
□ Der ermäßigte Familienbeitrag (ab 3 Personen) errechnet sich aus dem vollen Beitrag für zwei Erwachsene (€ 98,-) und dem halben Beitrag für die dritte Person. Jedes weitere Familienmitglied ist beitragsfrei. (Bitte für jedes Familien-Mitglied ein Formular ausfüllen)

Der Austritt aus dem Verein ist schriftlich zu erklären und nur zum Jahresende möglich und muss dem Verein spätestens am 3o. November vorliegen.
Bei nicht eingelösten Lastschriften sind die Mehrkosten vom Mitglied zu tragen.
Mit der Speicherung meiner Daten nur für Vereinszwecke bin ich einverstanden.

_____, den_____

Ort, Datum und Unterschriften (bei Jugendlichen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

## Einzugsermächtigung eines SEPA-Lastschrift-Mandat

Turnverein Urloffen 1909 e. V., Jahnstraße 1, 77767 Appenweier

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000121257 **Mandatsreferenz**: _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Turnverein Urloffen 1909 e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschrift-Mandat:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Turnverein Urloffen 1909 e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Turnverein Urloffen 1909 e.V. 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 dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (**Kontoinhaber**) _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen Kontoinhaber) _____

Kontodaten:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22):

| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

BIC(8 oder 11 Stellen):

| | | | | D | E | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

_____

Ort, Datum Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)