



Eintrittserklärung

Mitgliedsnummer

Sparte: _____

Name

Vorname

Geb.Datum

Straße / Hausnummer

W/M
Geschlecht

PLZ Ort

Telefonnr.

E-Mail Adresse

Jugendbeitrag bis 18 Jahre (€72 p.a.)

Eintrittsdatum: _____

Erwachsenenbeitrag (€102p.a.)

Erhebung ab _____

Familienbeitrag (€198p.a.)

(Beide Ehepartner u. mind. 1 Kind unter 18J.)

Tennis Sonderbeitrag Erwachsene €46p.a/ Jugendliche €21p.a.

Kampfsport Sonderbeitrag €42p.a.

Mir/uns ist bekannt, dass:

- 1.) Der Beitragseinzug jeweils zum 15.03./15.09. eines Jahres erfolgt. Bei unterjährigem Eintritt erfolgt einmalig eine anteilige Belastung nach Aufnahme in den Verein.
2.) Der Sonderbeitrag Tennis / Kampfsport mit der Abbuchung 15.03. in einem Betrag erfolgt.
3.) Der Einzug ab 2014 per SEPA- Lastschrift erfolgt, (hierzu bitte Seite 2 ausfüllen)
4.) Die Mindestmitgliedschaft 1 Jahr beträgt.
5.) Ein Austritt ausschließlich zum 30.06./31.12. erfolgen kann und zwingend schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären ist.
6.) Im Übrigen die Bestimmungen der Satzung des TSV Dorfmark e.V. gelten (erhältlich beim Vorstand, bzw. auf der Internetseite des Vereines: www.tsvdorfmark.com).

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: TSV Dorfmark e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers: Hauptstraße 44, 29683 Dorfmark	
Gläubigeridentifikationsnummer: DE34ZZZ00000385805	
Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger TSV Dorfmark e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TSV Dorfmark e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TSV Dorfmark 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):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):	
DE	
BIC (8 oder 11 Stellen)	
DE	
Ort:	Datum:
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	