

Bitte gut lesbar ausfüllen



Aufnahmeantrag



Eintrittsdatum: _____

Vorname _____ Name _____ geb. am _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____ E-Mail^{*)} _____

Telefon^{*)} _____ Mobil^{*)} _____

Derzeit gültige Monatsbeiträge	
Kinder/Jugendl. bis 18 Jahre	<input type="checkbox"/> 5,- €
Erwachsene	<input type="checkbox"/> 7,- €
Familienbeitrag ab 2 Pers.	<input type="checkbox"/> 10,- €

Weitere Familienmitglieder:	
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Abteilung	
Turnen	<input type="checkbox"/>
Handball	<input type="checkbox"/>
Herz-Sport-Gruppe	<input type="checkbox"/>
Osteoporose-Gruppe	<input type="checkbox"/>
Nordic W.+ Walking	<input type="checkbox"/>
Bei Übungsleiter/in:	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des TV 1885 Schifferstadt e.V. in der jeweils gültigen Fassung an.

Ich willige ein, dass freiwillige Angaben (durch ^{*)} gekennzeichnet) durch den Verein genutzt und gespeichert und Fotos und Videos von meiner Person bei sportlichen Veranstaltungen und zur Präsentation von Mannschaften angefertigt und auf der Homepage des Vereins und regionalen Presseerzeugnisse veröffentlicht werden.

Der Widerruf einer dieser Einwilligungen ist in Textform an: TV 1885 Schifferstadt e.V., Waldfestplatz 5, 67105 Schifferstadt, info@tv-schifferstadt.de erfolgen.

Datum _____ 1. Unterschrift _____ 2. Unterschrift _____ der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen
Bei Minderjährigen ist die Unterschrift **von beiden** Sorgeberechtigten erforderlich! Ich habe das alleinige Sorgerecht

Datum _____ Minderjährige, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, unterschreiben hier die Einwilligung zur Anfertigung von Fotos und Videos bei sportlichen Veranstaltungen und zur Präsentation von Mannschaften

SEPA-Lastschriftmandat (für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren)

Gläubiger Identifikationsnummer
DE26ZZZ00000149075

Mandatsreferenz
(wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den TV 1885 Schifferstadt Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV 1885 Schifferstadt auf meinem Konto gezogenen Lastschrift 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 (Abbuchung erfolgt jährlich - jeweils im Februar)

Kontoinhaber Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN: DE	
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber