

TV 1893 e.V. Nieder-Olm

Geschäftsstelle: Claudia Schäffer, Weinbergstr. 16, 55268 Nieder-Olm, Tel 06136-959919, Email: info@tv-nieder-olm.de



Beitrittserklärung -pro Mitglied auszufüllen-

Identifikations-Nummer des Zahlungsempfängers - Gläubiger ID: DE79ZZZ00000113201

Mandatsreferenz (Mitglieds-Nr.) _____

(wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

w	m
---	---

Name und Vorname des Mitglieds _____

Geschlecht
zutreffendes ankreuzen

Geburtsdatum _____

Eintrittsdatum _____

Anschrift (Straße/PLZ/Wohnort) _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Die Daten werden elektronisch gespeichert und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet
Abteilung (zutreffendes bitte ankreuzen)

Badminton	<input type="checkbox"/>	HerzFit	<input type="checkbox"/>	Handball	<input type="checkbox"/>	Judo	<input type="checkbox"/>	Freizeitsport- gruppe	<input type="checkbox"/>
Gymnastik	<input type="checkbox"/>	Turnen	<input type="checkbox"/>	Leichtathletik	<input type="checkbox"/>	Ju-Jutsu	<input type="checkbox"/>		
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	Ski	<input type="checkbox"/>	Volleyball	<input type="checkbox"/>	Nordic Walking Laufftreff	<input type="checkbox"/>	Indiaca	<input type="checkbox"/>

Eine Aufnahmegebühr in Höhe eines Monatsbeitrages wird mit der ersten Beitragszahlung fällig.

Monatsbeitrag	Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren	7,50 €
	Erwachsene unter 65 Jahren	10,00 €
	Erwachsene ab 65 Jahren	7,50 €
	Familien	19,00 €
zusätzlich	Abteilungsbeitrag Schwimmen	5,00 €
	Abteilungsbeitrag Handball	4,00 €
	Familienbeitrag Handball	8,00 €
	Sonderbeitrag HerzFit	2,00 €

SEPA-Lastschrift Mandat

Ich ermächtige den TV Nieder-Olm, gemäß u.a. Terminen, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV Nieder-Olm 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

vierteljährlich (15.01., 15.04., 15.07., 15.10.) halbjährlich (15.01., 15.07.) jährlich (15.01.)

Vorname und Nachname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____

Anschrift (Straße/PLZ/ Wohnort) _____

Name und BIC des Kreditinstitutes -Business Identifier Code/Internationale Bankleitzahl des Instituts _____

Internationale Bankkontonummer - IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen) _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

Ort, Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger _____

Unterschrift Mitglied _____

(bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)