

Aufnahmeantrag als Mitglied in den

TSV BURGHASLACH 1893 e.V.



Nachfolgende Abteilungen führt der TSV Burghaslach:
Fußball – Leichtathletik – Kegeln – Turnen/Gymnastik

Mitglied 1: (Einzelmitglied)

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		In:	
Straße:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Staatsangehörigkeit:		Abteilung:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail Adresse:			

Mitglied 2: (Ehepartner oder Kind)

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		In:	
Staatsangehörigkeit:		Abteilung:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail Adresse:			

Mitglied 3: (Kind)

Name:		Vorname:	
Geb. Datum:		In:	
Staatsangehörigkeit:		Abteilung:	
Telefon:		Mobil:	
E-Mail Adresse:			

Abgabe des Antrages bei dem **zuständigen Abteilungsleiter**.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten zum Zweck des Vereins gemäß Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen:

Ort, Datum, Unterschrift, Erziehungsberechtigter

TSV BURGHASLACH 1893 e.V.



Fußball – Leichtathletik – Kegeln – Turnen/Gymnastik

Jahresbeitragstabelle (ohne Sonderbeiträge) Stand 01.01.2023

Erwachsener	62,00€
Ehepartner (als 2.Person)	50,00€
Jugendliche ab 15 Jahren, Schüler/Studenten auf jährlichen Nachweis	42,00€
Kinder bis 14 Jahre	36,00€
Familien	102,00€
Rentner ab 66 Jahre	36,00€

Sonderbeitragstabelle Kegeln Stand 01.01.2018

Erwachsener pro Quartal	25,00€
-------------------------	--------

Erteilung eines SEPA-Lastschriftsmandates

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unsere(n) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Name und Anschrift des Kontoinhabers (wiederkehrende Zahlungen)

TSV Burghaslach 1893 e.V.
Am Forstberg 1
96152 Burghaslach

Gläubiger Identifikationsnummer:
DE 82ZZZ00000216937
Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Name des beitragspflichtigen Mitgliedes: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit mir/uns von meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum, Unterschrift