

TSV Hechendorf



Aufnahmeantrag

Ich beantrage, bei gleichzeitiger Anerkennung der Satzung, die Mitgliedschaft im TSV Hechendorf e.V. Die ausgefüllte Datenschutzerklärung des TSV Hechendorf e. V. liegt diesem Aufnahmeantrag bei.

Herr Frau Geburtsdatum: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Kontaktdaten

Telefon-Nr. _____

Handy: _____

Email: _____

_____ Datum _____ Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

Mitgliedsbeiträge pro Jahr ab 01.01.2019

Kinder/Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre 42,00€ | Erwachsene (ab 18 Jahren) 60,00€ | Familienbeitrag 144,00€ | passives Mitglied 30,00€ | Ermäßigter Beitrag 42,00€ (Schüler >17, Student, Azubi, BfD | Unterjähriger Beitritt wird anteilig berechnet. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 10,00€ je Mitglied oder 30,00€ je Familie. Kündigung 3 Monate zum Jahresende.

Abteilungen: Badminton Basketball (*) Eishockey Fußball (*)
 Leichtathletik (*) Radsport Tischtennis Volleyball
 Gymnastik u. Turnen (*)

(*) In diesen Abteilungen fallen derzeit
Abteilungsumlagen an

Abteilungs- umlagen

Fußball

Abt.-Umlage (24,00 €/Jahr)

Basketball

bis 17 Jahre (24,00€/Jahr)

ab 18 Jahre (48,00€/Jahr)

Leichtathletik

Abt. Umlage (24,00 €/Jahr)

Gymnastik und Turnen

Gesundheitssport (7,50 €/Monat)

Nordic Walking (extra 5,00 €/Monat)

Kinder Leistungsturnen (12,50 €/Monat)

Kinder Trampolinturnen (12,50 €/Monat)

Kinderturnen

Die Abteilungsumlagen werden quartalsweise berechnet. Die Kündigung der Abteilungsumlage ist jeweils 4 Wochen zum Quartalsende möglich. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beinhalten Ferien- und Hallenschließzeiten und wurde auf 12 Monate umgelegt.

SEPA-Lastschriftmandat (TSV-Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00000085972)

Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den TSV Hechendorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Hechendorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

_____ BIC

DE _____ IBAN

Datum

Unterschrift

Kontoinhaber

Posteingang:

MNR:

Bearbeitet: