

Beitrittserklärung



Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Email _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum TSV Pfaffenrot 1905 e.V. (bitte entsprechend ankreuzen):

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fußball | <input type="checkbox"/> Alte Herren | <input type="checkbox"/> Volleyball | <input type="checkbox"/> Tischtennis | <input type="checkbox"/> Hundesport |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft Erwachsene passiv | ab 18 Jahre | 65,00 EUR | | |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft Erwachsene aktiv | ab 18 Jahre | 85,00 EUR | | |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft mit Erwachsene(n) passiv | | 110,00 EUR | | |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft mit Erwachsene(n) aktiv | | 130,00 EUR | | |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitgliedschaft | 1 – 5 Jahre | kostenfrei | | |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitgliedschaft, 1. Kind | 6 – 17 Jahre | 50,00 EUR | | |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitgliedschaft, jedes weitere Kind | 6 – 17 Jahre | kostenfrei | | |

Der Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 01. März. Für Erwachsene, die am Spiel-/Trainingsbetrieb teilnehmen, wird ein Aktivenbeitrag erhoben, für Jugendliche ist dies nicht der Fall.
Eine Mitgliedschaft kann nur schriftlich und mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende beendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift
(Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger	TSV Pfaffenrot 1905 e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE 05 ZZZ 00000476246
Mandatsreferenz	wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich den TSV Pfaffenrot 1905 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Pfaffenrot 1905 e.V. 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.

Kontoinhaber (Name, Vorname) _____

IBAN DE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber