

Aufnahmeantrag
 Änderungsantrag

Turnverein Holzheim e.V. 1885
 Friedenstr. 7
 73037 Göppingen

Telefon: 0 71 61 82488
 Fax: 0 71 61 / 916139
 E-Mail: info@tvholzheim.de
 Internet www.tvholzheim.de

Familienname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____

Vorname	Geburtstag	Abteilung (Bitte immer angeben)	Eintrittsda- tum	Mitglieds- /Mandatsnummer (wird vom Verein ausgefüllt)

Ich / Wir beantragen die Mitgliedschaft beim TV Holzheim e.V. 1885.

Es sind bereits weitere Familienmitglieder im Verein. Name: _____

Ich / Wir beantragen die kombinierte Mitgliedschaft inkl. Saisonkarte Freibad (Gebühr siehe Rückseite) ja nein

Kündigungen müssen schriftlich bis zum 30.09. des Kalenderjahres bei der Mitgliederverwaltung eingegangen sein.
 Die Satzung kann aus dem Internet geladen oder in Schriftform zu den Sprechzeiten im Geschäftszimmer abgeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt und hierfür auch an andere Mitglieder des Vereins (z.B. zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden dürfen. Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person bei sportlichen Veranstaltungen und zur Präsentation von Mannschaften angefertigt und in folgenden Medien veröffentlicht werden dürfen: z. B. Homepage und Facebook-Seite des Vereins, Regionale Presseerzeugnisse (z.B. NWZ, GEPP0, Holzheimer Blättle).

 Ort Datum Unterschrift (unter 18 Jahre der gesetzliche Vertreter)

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats - Wiederkehrende Zahlung -

Zahlungsempfänger Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenznummer

Turnverein Holzheim e.V. 1885 DE43ZZZ00000645118 wird separat mitgeteilt
 Friedenstr. 7
 73037 Göppingen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Turnverein Holzheim e.V. 1885 Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise Ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Turnverein Holzheim e.V. 1885 auf mein (unser) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name/Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____ | _____

IBAN: _____ DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en des Kontoinhaber _____