

Mitglieds-Nr.: _____



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft bei der Turn- und Sportvereinigung Ellmendingen e.V. und erkenne die Satzung an:

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtstag: _____ Geburtsort: _____
 PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____
 Beruf: _____ Telefon-Nr.: _____
 Fax-Nr.: _____ E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der fällige Jahresbeitrag gemäß dem auf der Rückseite abgedruckten SEPA-Lastschriftmandat abgebucht wird.
 Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden.

Erwachsene: (ab 19 Jahre oder nachdem sie aus der Jugend herauskommen) Jahr 60,00 €
 1. Kind: Jahr 60,00 €
 2. Kind: Jahr 50,00 €
 3. Kind + weitere Kinder: Jahr 0,00 €
 Frauen/Mädchen: Jahr 45,00 €
 oder Familienbeitrag: Jahr 110,00 €

Bitte entsprechend ankreuzen

Mitteilung zum SEPA-Lastschriftmandat. Nr. (siehe Mitgliedsnummer):
 Den o.g. Jahresbeitrag werden wir künftig mittels SEPA-Basislastschrift einziehen.
 Fälligkeit: jeweils zum 01.03. eines jeden Jahres, erstmals zum _____

Unterschrift:
 (bei Kindern u. Jugendlichen der/die Erziehungsberechtigte)

- Original für TuS Ellmendingen, Geschäftsstelle, 75210 Kellern-Ellmendingen
- Mehrfertigung für Antragsteller

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
 Turn- und Sportvereinigung Ellmendingen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
 Straße und Hausnummer / Street name and number:
 Frankenstr. 23

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
 75210 Kellern Land / Country:
 Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:
 DE23ZZ00000229445

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address
 Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location: Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
 Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.