

TC 87 ROT-WEIß Hilpoltstein-Hofstetten e.V.

Postfach 1322 <> 91157 Hilpoltstein <> Tel.(09174)3000 <> Fax (09174)472547 <> E-Mail tmvas@t-online.de

Aufnahme-Antrag ab 01.01.20__

Antragsteller	
Name	Vorname
geb. am	Beruf *
Telefon	E-Mail-Adresse**
Straße, Nr.	PLZ, Ort

(* bei Ausbildung bitte voraussichtliches Ende eintragen, ** Wird zum Versand von Rundbriefen benötigt)

Ich beantrage die Aufnahme in den TC 87 Rot-Weiß Hilpoltstein-Hofstetten e. V. Zutreffendes bitte ankreuzen!

Mitgliedschaft:	<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> passiv/ruhend
	<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> aktiv	<input type="checkbox"/> passiv/ruhend
	<input type="checkbox"/> Sommermitgliedschaft	(01.05. – 30.09. des laufenden Jahres)	

Nachfolgende Person(en) möchte(n) Mitglied werden:

Bei Familienmitgliedschaft (z.B. auch Lebenspartner) muss gleicher Wohnsitz vorliegen.

Mitglied(er). Bei Familienmitgliedschaft alle Namen eintragen.		
Name	geb. am	Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag (siehe Beitragsordnung) von meinem Konto abgebucht wird und die Daten im Rahmen des Datenschutzgesetzes nur für Zwecke des Vereins gespeichert und verarbeitet werden.

Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller
----------------	-------------------------------

Gebühr Sommermitgliedschaft (einmalig)	€	
Jahresbeitrag Vollmitgliedschaft	€	

Hiermit beantrage ich/wir ab dem _____ die Übernahme von der Sommermitgliedschaft in eine Vollmitgliedschaft	
Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller

Bitte teilen Sie alle persönlichen Änderungen (Umzug, Bankverbindung, etc.) der Geschäftsstelle mit!
Die Kündigung der Mitgliedschaft zur neuen Saison muss bis spätestens 30.09. der laufenden Saison erfolgen.

Nur vom Verein auszufüllen

Unterschrift Vorstand bzw. Vertreter			
3x kopieren	Schriftführer	Kassier	Sportwart

SEPA – Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

TC 87 Rot-Weiß Hilpoltstein-Hofstetten e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer**

Am Irle 1

Postleitzahl und Ort

91161 Hilpoltstein

Land

Deutschland

Gläubiger – Identifikationsnummer

DE87ZZZ00001083833

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **TC 87 Rot-Weiß Hilpoltstein-Hofstetten e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **TC 87 Rot-Weiß Hilpoltstein-Hofstetten e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen**Anschrift des Zahlungspflichtigen****Straße und Hausnummer****Postleitzahl und Ort****Land****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)****BIC (8 oder 11 Stellen)****Ort****Datum**

**Unterschrift(en) des
Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber)**