



TURN- UND SPORTVEREIN
1913 E.V. DENKINGEN

TSV 1913 e.V. Denkingen | Hozenbühlstrasse 12 | 78588 Denkingen

TSV-Denkingen

Peter Doser
Hozenbühlstrasse 12
78588 Denkingen

Beitrittserklärung

Ich bitte um Aufnahme in den Turn- und Sportverein Denkingen e.V. unter Anerkennung der Vereinssatzung.

Gleichzeitig gebe ich meine Einwilligung gemäß Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen, geschützten Daten.

Eintritt am :	_____	Sportgruppe:	_____
Familienbeitrag gewünscht?	_____	<i>Familienbeitrag nur, wenn beide Elternteile Mitglied werden</i>	
Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	<i>Bei Familienbeitrag pro Mitglied ein Formular ausfüllen.</i>	
Straße / Nr.:	_____		
PLZ/Wohnort:	_____		
BLZ:	_____	Konto Nr.:	_____
Bank:	_____		
Für Rückfragen Tel.	_____	E-Mail:	_____

Ich möchte dem TSV Denkingen beitreten.

Ich ermächtige den TSV Denkingen widerruflich, den zurzeit gültigen und von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines obigen Bankkontos einzuziehen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte

Auszug aus der Satzung

§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft

2. Der Austritt eines Mitgliedes erfolgt durch schriftliche Erklärung an den Vorstand. Er ist zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zulässig.



TSV 1913 e.V. Denkingen
Hozenbühlstrasse 12
78588 Denkingen

Fon: 07424 / 84704
Mail: vorstand@tsv-denkingen.de
Web: www.tsv-denkingen.de

Vorstand: Peter Doser

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

TSV Denkingen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Hozenbühlstraße 12
78588 Denkingen
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE65ZZZ00000566346

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **TSV Denkingen e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **TSV Denkingen 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

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen):**BIC (8 oder 11 Stellen):**

Hinweis: Die Angabe BIC kann entfallen,
wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Ort:

Denkingen

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