

Turn- und Sportverein von 1919 e. V. Metten

Mitglied des bayerischen Landessportverbandes
Nr. 20368

Fußball

Tennis

Tischtennis

Turnen

Volleyball

Beitrittserklärung zum TSV Metten

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum TSV Metten

Abteilung: <input type="checkbox"/> Fußball <input type="checkbox"/> Tennis <input type="checkbox"/> Tischtennis <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Volleyball			
Beiträge für	Jahresbeitrag	Zzgl. Abteilungsbeitrag	
		Fußball	Tennis
<input type="checkbox"/> Familienbeitrag	70 €	6 € / Person	155 € / Familie
<input type="checkbox"/> Einzelmitglied ab vollendeten 18. Lebensjahr	45 €	6 €	77 € / 62 € * * wenn bei Ehe-/ Lebenspartner einer bereits Mitglied ist
<input type="checkbox"/> Jugend ab 14. bis zum 18. Lebensjahr, Schüler, Studenten, Bufdis	25 €	6 €	41 €
<input type="checkbox"/> Rentner (mit Ausweis)	31 €	6 €	77 €
<input type="checkbox"/> Kinder bis zum 14. Lebensjahr und Schwerbehinderte mit Ausweis	18 €	6 €	26 €
Zuzüglicher Jahresbeitrag für	<input type="checkbox"/> Hallennutzung Abt. Tennis je nach Nutzung	<input type="checkbox"/> Hallennutzung 10 € übrige Abteilungen	
	<input type="checkbox"/> Dressenwaschen 7 € Abt. Fußball		
Name/n:	_____	_____	_____
Geburtsdatum/en:	_____	_____	_____
Anschrift:	_____		
Telefon/Fax:	_____		
E-Mail-Adresse/n:	_____		
_____	_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift(en), ggf. gesetzlicher Vertreter		
Erteilung einer Einzugsermächtigung Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger TSV Metten widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.			
SEPA-Lastschriftmandat Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TSV Metten auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.			
Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 98 ZZZ 00000 427 624			
IBAN des/der Zahlungspflichtigen: DE _____			
BIC des/der Zahlungspflichtigen: _____			
Kontoinhaber: _____			
_____	_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen		