



TuS Erkersreuth e.V.
 Jahnstr. 12
 95100 Selb-Erkersreuth
 Tel. Gaststätte: 09287/4181
 Tel. Geschäftsstelle: 09287/956296
 Fax: 09287/956297

TuS Eingang am

Wird vom Verein ausgefüllt!

Aufnahmeantrag Turner- und Sängerbund Erkersreuth e.V.

Jährliche Mitgliedsbeiträge:

Kinder und Jugendliche
 bis 18 Jahre: EUR 25,00
 Frauen: EUR 43,00
 Männer: EUR 48,00

Fußball		Turnen								
Fußball	Turnen	Mutter-Kind Turnen	Step Aerobic	Gymnastik	Nordic Walking	Pilates Kurs	Singen	Bodystyling Kurs	sonstige	passiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anrede

Vorname PLZ Wohnort

Name Straße

Geburtsdatum Telefon

Selb, den E-Mail

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung vorstehenden personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Unser Verein ist verpflichtet spartenbedingt mitgliedsbezogenen Daten an den entsprechenden Sport-/Fußballverband zu übermitteln. Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks bin ich einverstanden.

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Erziehungsberechtigter

TuS Einträge: Kartei eingetragen am:

Wird vom Verein ausgefüllt Verein aufgenommen am:

Verband gemeldet am:

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die angegebenen Pflichtangaben des Mitgliedes in automatisierte Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
 Turner- und Sängerbund e.V. Erkersreuth

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
 Jahnstr. 12

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 95100 Selb **Land / Country:** Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
 DE 81 ZZZ 0000 0394 271

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
 [wird aus der Mitgliedsnummer generiert]

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 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.

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: