

Turn- und Sportverein Neusäß e.V. 1933

Hermann-Utech-Str. 10 | 86356 Neusäß

Mandatsreferenz-/ Mitgliedsnummer:

(wird vom TSV Neusäß ausgefüllt)



- Abteilungen:
- Handball
 - Aikido
 - Leichtathletik
 - Badminton
 - Ski & Wandern
 - Basketball
 - Tischtennis
 - Fußball
 - Turnen

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich: meinen Beitritt den Beitritt meines Kindes den Familienbeitritt
in den Turn- und Sportverein Neusäß e.V. 1933. (Bitte ankreuzen!)

Nachname: _____

Vorname(n): _____
(beim Familienbeitritt bitte die **Vornamen** und **Geburtsdaten** (siehe unten) aller Familienmitglieder aufführen; ggf. Rückseite benutzen)

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Abteilung(en): _____
(beim Familienbeitritt bitte für jedes Familienmitglied die ausgeübte/n Sportart/en aufführen)

| | | gültig bis 31.12.2023 | gültig ab 01.01.2024 |
|---|---|-----------------------|----------------------|
| MONATSBEITRÄGE gültig seit 01.01.2012 | KINDER (bis einschließlich 13 Jahre) | 7,00 € | 8,00 € |
| | JUGENDLICHE (14–18 Jahre) | 8,00 € | 9,00 € |
| | ERWACHSENE | 11,50 € | 13,00 € |
| | FAMILIEN (2 Erwachsene und mindestens 1 Kind) | 17,00 € | 19,00 € |
| | SENIOREN (ab 60 Jahre) | 8,00 € | 9,00 € |
| AUFNAHMEGEBÜHR | einmalig | 10,00 € | 12,00 € |

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag jeweils am 1. Februar des jeweiligen Jahres erhoben.

AUSTRITTE sind nur schriftlich, per Brief oder E-Mail, jeweils sechs Wochen vor Quartalsende zum Quartalsende möglich. Ich stimme der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu, soweit es für Vereins-/Verbandszwecke erforderlich ist.

Eintrittsdatum: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-ID: DE45ZZZ00000039220

Ich ermächtige den TSV Neusäß e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Neusäß e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name und BIC): _____ | _____

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Kontoinhaber: _____
(bitte vollständige Namensangabe und ggf. abweichende Anschrift nennen)

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____
(Kontoinhaber)

BANKVERBINDUNG VR-Bank Handels- und Gewerbebank eG IBAN: DE89 7206 2152 0006 5046 04 BIC: GENODEF1MTG