

# Beitrittserklärung



Der/die Unterzeichner/in erklärt hiermit seinen/ihren Beitritt (bzw. den Beitritt seines/ihres Kindes) zum

## **Turn- und Sportverein 1892 Vellmar e.V.**

und erkennt die Satzung des Vereins und der Fachorganisation an  
(einzusehen unter [www.tsv-vellmar.de](http://www.tsv-vellmar.de)).

*Alle Angaben bitte in Druckbuchstaben!*

### ***Basketball***

Abteilung

Eintrittsdatum

Name

Vorname weiblich  männlich

Postleitzahl / Ort

Straße

Geburtsdatum

Telefon / E-Mail (wenn vorhanden)

Hat das Kind/der Jugendliche gesundheitliche Probleme,  
die das Kind/den Jugendlichen im Sportbetrieb einschränken? Ja  Nein

Bei Minderjährigen: Name der/des Erziehungsberechtigten

Vorname der/des Erziehungsberechtigten

Die Mitgliedsbeiträge werden vierteljährlich zum Anfang des Quartals eingezogen (SEPA-Lastschriftmandat siehe Rückseite).

Vereinsaustritt ist nur mit einer Frist von 30 Tagen zum Quartalsende zulässig. \*

Er ist schriftlich oder mit Hilfe elektronischer Medien an die Beitragsverwaltung zu richten. \*

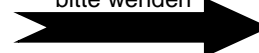
\*Abmeldungen für die Abteilung Fußball sind per Einschreiben gemäß den Regeln des jeweiligen Fachverbandes an den Abteilungsleiter der Abteilung Fußball zu senden.

Ich gebe mein Einverständnis, dass die o. g. Daten in die EDV des Vereins aufgenommen werden. Der Verein darf die Daten gemäß DSGVO nur für Vereinsangelegenheiten verwenden.

Datum, Unterschrift

(Erziehungsberechtigte bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre)

bitte wenden



# SEPA-Lastschriftmandat einer wiederkehrenden Lastschrift

TSV 1892 Vellmar e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE59ZZZ00000315709

Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer  
wird auf dem Kontoauszug beim Beitragseinzug abgedruckt

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/ermächtigen den TSV 1892 Vellmar e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TSV 1892 Vellmar e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC) | \_\_\_\_\_

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

(Die IBAN entnehmen Sie bitte Ihrem Kontoauszug)

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum und Unterschrift (Kontoinhaber/in)**

*Sofern der/die Kontoinhaber/in nicht das Vereinsmitglied ist:*

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name