

Aufnahmeantrag für TV „Gut Heil“ Kleinniedesheim 1912 e.V.

Persönliche Daten/ Kontaktdaten (des neuen Mitglieds)

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ E-Mail _____
Geb.-Datum _____

Sportgruppen

(Bitte entsprechende Ziffer/n ankreuzen!)

1	Gym-Mix	2	Body Balance/ Pilates	3	Body-Swing	4	Dance-Stars	5	Kindertanz
6	Fitness am Sonntag	7	Hip-Hop	8	Tischtennis	9	Volleyball	10	Functional- Training
11	Kinderturnen (3-6 Jahre)	12	Kinderturnen (7-10 Jahre)	13	U3-Gruppe	14	Eltern-Kind- Turnen (Freitag)	15	
16	Leichtathletik Jugendliche	17	Leichtathletik Erwachsene	18		19		20	

Folgende Familienmitglieder sollen im Rahmen einer Familienmitgliedschaft ebenfalls in den TV Kleinniedesheim aufgenommen werden:

1.
Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Sportgruppe(n) _____, _____, _____, _____ (Bitte entsprechende Ziffer(n) eintragen)

2.
Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Sportgruppe(n) _____, _____, _____, _____ (Bitte entsprechende Ziffer(n) eintragen)

3.
Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Sportgruppe(n) _____, _____, _____, _____ (Bitte entsprechende Ziffer(n) eintragen)

Die Kündigung/ der Vereinsaustritt muss gegenüber dem Vorstand schriftlich erklärt werden, wobei eine vierwöchige Kündigungsfrist zum Ende des Kalenderjahres einzuhalten ist.

Datum & Unterschrift des neuen Mitglieds (oder Erziehungsberechtigte/r) _____

Ermächtigung zum Bankeinzug

Jahresbeitrag ab 01.01.2024* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Beitrag Aktive: Familien (120€) Erwachsene (84€)
 Kinder/Jugendliche (bis 18 Jahre) (54€) Schüler/Studenten (bis 27 Jahre) (60€)

Beitrag Passive: Familien (84€) Erwachsene (60€)

Die Abbuchung der Jahres-Beiträge erfolgt im März des jeweiligen Jahres.

Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen.

Datum & Unterschrift Einzugsermächtigung _____

*Siehe beigefügte Anlage „Mitgliedsbeiträge“

TV Kleinniedesheim 1912 e.V.
Platz der Einheit 3, 67259 Kleinniedesheim

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04 5479 0000 0010 6025 13
Mandatsreferenz: TV-JABE-2015

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die TV Kleinniedesheim 1912 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TV Kleinniedesheim 1912 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE_ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift