

TSV Winsen (Luhe) von 1850 e.V.

Wedemarsch 15 · 21423 Winsen (Luhe) · Telefon: 0 41 71/88 02 10 · Telefax: 0 41 71/6 48 26

A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich für (*Bitte deutlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen! Antrag nur für eine Person!*)

mich weibl. / männl. meine Tochter / meinen Sohn

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort Telefonnummer

E-Mail-Adresse

per _____ (Eintrittsdatum) die Mitgliedschaft im TSV Winsen (Luhe)

für die Abteilung/en: _____

Evtl. Name eines weiteren Vereinsmitglieds aus der Familie _____

Mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag erkenne ich die jeweils gültige Satzung und Beitragsordnung* des TSV Winsen (Luhe) für mich als verbindlich an.

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

Bei Minderjährigen:

Mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag erkenne ich die jeweils gültige Satzung und Beitragsordnung* des TSV Winsen (Luhe) für meine Tochter / meinen Sohn als verbindlich an. Insbesondere übernehme ich für meine Tochter / meinen Sohn im Hinblick auf die zukünftigen Beitragsverpflichtungen die persönliche Haftung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Wirkt nur ein gesetzlicher Vertreter bei dem Aufnahmeantrag mit, versichert er mit seiner Unterschrift die Vollmacht auch für den anderen gesetzlichen Vertreter.

Name der Erziehungsberechtigten Anschrift der Erziehungsberechtigten (falls nicht wie oben)

** Satzung und Beitragsordnung können in der Geschäftsstelle eingesehen werden.*

TSV Winsen (Luhe) · Wedemarsche 15 · 21423 Winsen (Luhe) · Telefon: 04171 / 88 02 10

Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen durch SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den TSV Winsen (Luhe) von 1850 e. V., von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom TSV Winsen (Luhe) e. V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

H i n w e i s : Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Z a h l u n g s a r t : wiederkehrende Zahlung.

IBAN: BIC Kreditinstitut

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Durch evtl. Rücklastschriften entstehende Kosten gehen zu meinen Lasten.

Ort, Datum Kontoinhaber Unterschrift