Turn- und Sportverein Schwerin e. V.
c/o Christine Schäfer
Demmlerstraße 12
19053 Schwerin

Aufnahmeantrag

Die Mitgliedschaft im Turn- und Sportverein Schwerin e. V. wird beantragt für die Abteilung

Gewichtheben

von

Name

Vorname

geb. am

in

Wohnanschrift

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Schule / Arbeitsstätte:

Telefonnummer:

Privat

dienstlich

Handy

E-Mail-Adresse:

Der Posteingang im E-Mail-Postfach wird wöchentlich von mir/uns kontrolliert. Mein/Unser Einverständnis liegt vor, dass Mitteilungen des Vereins an uns per E-Mail zugesandt werden können.

Mir/Uns ist bekannt, dass die Zahlung des Mitgliedsbeitrags monatlich und nur per Lastschrifteinzug erfolgt.

Dazu wird von _____ ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.
Name des Kontoinhabers

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags wird durch Beschluss der Abteilungsmittgliederversammlung festgelegt und beträgt für das o. g. Mitglied derzeit 8,00 €.

Der Austritt aus dem Verein bedarf bei einer Kündigungsfrist von einem Monat einer schriftlichen Kündigung zum Quartalsende.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

bei Minderjährigen Unterschrift
eines Erziehungsberechtigten

Turn- und Sportverein Schwerin e. V.
Postfach 150 162, 19031 Schwerin
Christine Schäfer

Steuernummer: 090 142 00 387
Vereins-Nr. beim LSB MV: 0020 643
Eingetragen beim Vereinsregister Schwerin
unter VR 221

Bankverbindung:
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin 1. Vorsitzende:
IBAN: DE70 1405 2000 0370 0242 22el: 0385 550 88 38
SWIFT-BIC NOLADE 21 LWL

Turn- und Sportverein Schwerin e. V.
c/o Christine Schäfer
Demmlerstraße 12
19053 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE83ZZZ00000900478

_____ **Nr.**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit dem Turn- und Sportverein Schwerin e. V. Zahlungen im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft

von _____ im Turn- und Sportverein Schwerin e. V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Turn- und Sportverein Schwerin 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

Name des Kreditinstituts

BIC

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort

Unterschrift