



Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobil: _____

PLZ _____ E-Mail: _____

Ort: _____ Eintrittsdatum: _____

Erziehungsberechtigte(r): _____

Abteilungen:

- | | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aerobic/Bodyfitness | <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Fußball | <input type="checkbox"/> Gesundheitssport | <input type="checkbox"/> Kindersport |
| <input type="checkbox"/> Koronarsport | <input type="checkbox"/> Passiv | <input type="checkbox"/> Seniorensport | <input type="checkbox"/> Sonstige | <input type="checkbox"/> Tanzen |
| <input type="checkbox"/> Tennis | <input type="checkbox"/> Tischtennis | | | |

Beitragsart:

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsener | <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche | <input type="checkbox"/> Student/Azubi/Schüler | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Passiv |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Zahlweise:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jährlich (Einzug erfolgt im Januar) | <input type="checkbox"/> halbjährlich (Einzug erfolgt im Januar und im Juli) |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein im Zusammenhang mit Vereinszwecken sowie sonstigen Veranstaltungen des Vereins personenbezogene Daten und Fotos seiner Mitglieder in Print- und Telemedien sowie in elektronischen Medien veröffentlicht. Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Sie ist in der jeweils gültigen Form im Internet unter www.tus-glane.de einsehbar. Ich erkläre mich mit der aktuell gültigen Beitragsordnung und den Zahlungsmodalitäten einverstanden. Die Zahlung erfolgt ausschließlich per SEPA-Bankeinzug.

X	X
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen durch Erziehungsberechtigte)

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: TuS Glane 1929 e.V. | 49186 Bad Iburg | Gläubiger-ID: DE39ZZZ00000118577

Mandatsreferenz-Nr.: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TuS Glane 1929 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TuS Glane 1929 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

BIC: _____ IBAN: _____

X	X
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers