



Beitrittserklärung TV Metjendorf 04 e.V.

Am Sportplatz 9, Metjendorf 26215 Wiefelstede
Tel.: 0441 6814 19 Fax: 0441 67161
Email: tv.metjendorf04@ewetel.net Web: www.tv-metjendorf.de

Mandatsreferenz	
Beitrag / Monat	

wird vom Verein ausgefüllt

Ich / Wir bitte(n) um Aufnahme als Mitglied / Mitglieder des TV Metjendorf zum _____

Aktives Mitglied Passives Mitglied

(Datum)

Name		Telefon-Nr. / Handy	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße		E-Mail:	
PLZ / Wohnort		Schüler / Student	
Sportart / Gruppe		Auszubildender	

Ab dem 18. Lebensjahr: Schul-/ Immatrikulationsbescheinigung beigelegt: Ja Nein

Sind bereits weitere Familienmitglieder im Verein: Ja Nein

Name	Geburtsdatum	Sportart / Gruppe

Mitgliedsbeiträge:	Monat	Jahr	Zusatzbeiträge:	Monat	Jahr
Kinder / Jugendliche (bis 18Jahre)	8,00	96,00	Tennis – Kinder bis 14	1,50	18,00
Erwachsene	13,50	162,00	Tennis – Jugend bis 18	2,50	30,00
Familie	26,50	318,00	Tennis – Erwachsene	5,00	60,00
Senioren / Rentner ab 60. Jahren	8,00	96,00	Karate	2,00	24,00
Passive Mitglieder	8,00	96,00	Wirbelsäulengymnastik	1,50	18,00
			Pilates	3,00	36,00
			Psychomotorik f. Kinder	5,20	
			Reha-Sport	3,20	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Die Mitgliedsbeiträge sind jährlich zum 1.3. oder halbjährlich zum 1.3. und 1.9. fällig. Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum 30.6. oder 31.12. eines Jahres mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten für Zwecke der Mitgliederverwaltung des TV Metjendorf 04 e.V. gem. § 26 BDSG elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) jährlich zum 1.3. halbjährlich zum 1.3. und 1.9.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000141789

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag /Umlagen nur bargeldlos gezahlt werden kann. Ich ermächtige den TV Metjendorf 04 e.V. Zahlungen (Beitrag, Umlagen, Kursgebühren u.a.) mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir unser Kreditinstitut / Bank an, die vom TVM auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut / der Bank vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut / Bank _____ Kontoinhaber _____

Datum _____

Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren eines Erziehungsberechtigten) _____