



Beitrittserklärung TV Metjendorf 04 e. V.

Am Sportplatz 9 · 26215 Metjendorf
Tel 0441 / 68 14 19 · Fax 0441 / 6 71 61
E-Mail mail@tv-metjendorf.de · www.tv-metjendorf.de

Mandatsreferenz	
Beitrag / Monat	

Wird vom Verein ausgefüllt

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

Aktives Mitglied Passives Mitglied

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

Ab dem 18. Lebensjahr:

Schul- / Immatrikulations- oder Ausbildungsbescheinigung beigelegt? ja nein

Sind bereits Familienangehörige Mitglied im Verein? ja nein

Weitere Familienmitglieder:

Name	Geburtsdatum	Sportart / Gruppe

Mitgliedsbeiträge	monatlich	jährlich	Zusatzbeiträge	monatlich
Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre)	8,00 €	96,00 €	Tennis Kinder bis 14 Jahre	1,50 €
Erwachsene	13,50 €	162,00 €	Tennis Jugendliche 14 bis 18 Jahre	2,50 €
Familie	26,50 €	318,00 €	Tennis Erwachsene	5,00 €
Passive Mitglieder	8,00 €	96,00 €	Karate	2,00 €
Senioren / Rentner ab 60 Jahren	8,00 €	96,00 €	Wirbelsäulengymnastik	1,50 €
			Pilates	3,00 €

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. elektronisch gespeichert und verarbeitet werden (§ 26 BDSG).

Einzugsermächtigung (Sepa-Lastschriftsmandat) jährlich zum 1.3. halbjährlich 1.3. / 1.9.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE32ZZZ00000141789

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag/Umlagen nur bargeldlos gezahlt werden kann. Hiermit ermächtige ich den TV Metjendorf 04 e. V. Zahlungen (Beitrag, Umlage, Kursgebühr u.a.) mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom TVM auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

IBAN		BIC	
Kreditinstitut			
Kontoinhaber			

(Datum)

Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren eines Erziehungsberechtigten)