TSV GLINDE von 1930 e. V.

-Mitglied des LSV Schleswig Holstein e. V.-
Am Sportplatz 98 a 21509 Glinde
Tel. 040 - 710 72 15 – Fax 040 - 710 44 41 E-Mail: info@tsv-glinde.de
www.tsv-glinde.de

EINTRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre die Mitgliedschaft im TSV GLINDE von 1930 e. V. mit Wirkung vom:

……

Auf eine schriftliche Bestätigung des Eintritts durch den Vorstand wird verzichtet.

Die Mitgliedschaft beginnt mit Abgabe der unterschriebenen Eintrittserklärung, bzw. Eintragung in der Mitgliederliste, wenn nicht binnen 14 Tagen nach Eingang in der Geschäftsstelle der Widerspruch des Vorstandes erfolgt.

Sportart / Abteilung……...

Vorname…….....

Name……

männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

geb. am . …… …….. ermäßigter Beitrag für Erwachsene ab 18 bis zum 26. Lebensjahr (Schüler, Azubi, Student, FSJ, BFD)
bitte schriftlichen Nachweis beifügen

Straße / Hausnr.……..…….....

PLZ / Wohnort……

Telefon.. ……..……

E-Mail.. ……

Bereits Mitglied im TSV GLINDE : ja ☐ nein ☐

Abteilung……

Aufnahmegebühr, Vereinsbeitrag und Abteilungsbeitrag sind im Voraus zu entrichten und der aktuell gültigen Beitragsordnung zu entnehmen.

Ort: ……Datum: ……

Die Datenschutzhinweise liegen wie auch die Satzung in unserer Geschäftsstelle aus. Sie können dort eingesehen bzw. mitgenommen werden und können ebenfalls auf unserer Webseite abgerufen werden.

……

Unterschrift
Bei Minderjährigen die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten
oder der alleinerziehenden Person

TSV Glinde von 1930 e.V., Am Sportplatz 98 a, 21509 Glinde
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 85 ZZZ 00000 35 14 22
Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Glinde von 1930 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Glinde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung erfolgt zum 1. Bankarbeitstag:

☐ Monatlich
☐ Vierteljährlich
zum 01.01.+01.04.+01.07.+01.10.

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN schreiben:

Vorname und Name des Kontoinhabers: ……

Straße, Hausnr., ……

PLZ, Ort……

Telefon…… E-Mail……

IBAN DE__ __ I__ __ __ __ I__ __ __ __ I__ __ __ __ I__ __ __ __ I__ __

Für das / die Mitglied/er ……

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers ……