



# TSV Hürup von 1912 e. V.

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich für mich / für mein Kind

Name, Vorname: .....( m / w / d )

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): .....

Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Beginn der Mitgliedschaft: .....

die Mitgliedschaft im TSV Hürup von 1912 e. V. in den folgenden Sparten:

- |                                   |                                      |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Turnen      | <input type="checkbox"/> Funktionales Training |
| <input type="checkbox"/> Fußball  | <input type="checkbox"/> Tischtennis |  |

Die Mitgliedsbeiträge werden jeweils zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. des Jahres eingezogen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Quartalsende. Jede Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich erfolgen.

### Monatliche Mitgliedsbeiträge:

- |   |         |                                   |         |
|---|---------|-----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche | 09,00 € | <input type="checkbox"/> Familien | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene             | 15,00 € | <input type="checkbox"/> Passive  | 05,00 € |
| <input type="checkbox"/> Zusatzbeitrag Handball | 03,00 € |                                   |         |

Ort/Datum.....

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen die des/der Erziehungsberechtigten)

Bitte alle Angaben digital oder in leserlichen Großbuchstaben ausfüllen!

TSV Hürup von 1912 e. V.

Zur Sporthalle 14a, 24975 Hürup

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE04ZZZ00000374220**

Mandatsreferenz\*: .....

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TSV Hürup von 1912 e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TSV Hürup von 1912 e. V. auf mein Konto gezogene 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

Angaben Kontoinhaber

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Ort/Datum.....

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers

\*Die Mandatsreferenz-Nummer wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbeitrags mitgeteilt.

Bitte alle Angaben digital oder in leserlichen Großbuchstaben ausfüllen!