

Datum

Mitgl.Nr.

Fam.mitgl.
über Nr.

Bearbeiter

Änderung

 - Bitte vollständig und lesbar ausfüllen

Aktuelle / neue Adresse

Vorname: _____ Nachname: _____

Strasse, H.-Nr.: _____

Geburtstag: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bei Minderjährigen: Vorname und Nachname beider Erziehungsberechtigten:

Vater: _____ Mutter: _____

Zusätzliche Abteilungszugehörigkeit

Eintritt zum: 01.____.(Monat) 20____(Jahr)

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Basketball | <input type="checkbox"/> Volleyball | <input type="checkbox"/> Sport Stacking |
| <input type="checkbox"/> Fussball | <input type="checkbox"/> Kung Fu | <input type="checkbox"/> Tischtennis |
| <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> Seniorenturnen |
| <input type="checkbox"/> Frauenturnen | <input type="checkbox"/> Männerturnen | <input type="checkbox"/> _____ |

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgem. Turnen | <input type="radio"/> Vorschulturnen Hohensteinschule | <input type="radio"/> 60 + Fitness |
| <input type="radio"/> Käfergruppe SV Rot | <input type="radio"/> Vorschulturnen Rosenschule | <input type="radio"/> Frauen Power |
| <input type="radio"/> Kinderturnen FPGZ | <input type="radio"/> Vorschulturnen FPGZ | <input type="radio"/> Fitness & Dance |
| <input type="radio"/> Eltern-Kind-Rosenschule | <input type="radio"/> Babygymnastik SV Rot | <input type="radio"/> Junge Senioren |
| <input type="radio"/> Eltern-Kind-Silcherschule | <input type="radio"/> Frauengymnastik 50 Plus | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Seniorengymnastik Frauen | <input type="radio"/> Gymnastik u. Ballspiele Männer | <input type="radio"/> |

Kündigung einer Abteilungszugehörigkeit

Abteilung: _____

Neue Bankverbindung

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/wir ermächtige/n den TV 89 Zuffenhausen e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir meine/ unsere Bank an, die vom Verein auf mein/ unser Kontogezogenen 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 meiner/ unser Bank vereinbarten Bedingungen.
 Die Einlösung der Beiträge erfolgt am 1. Werktag des Monats März.

IBAN: _____

Kreditinstitut / Bank: _____ BIC: _____

Name Kontoinhaber: _____ Unterschrift Kontoinhaber: _____

Anschrift Kontoinhaber: _____

Datum _____ Unterschrift _____

Antragsteller/ 1. Erziehungsberechtigter

2. Erziehungsberechtigter