



Eintrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine/die Mitgliedschaft (meines Kindes) beim SV Tresenwald e.V. Machern.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: Festnetz: _____ Mobilfunk: _____

Mailadresse: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf/Schüler(in): _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Abteilung: **BAD** **FB** **TU** **HO** **VB** **TT** **Karate** **Kegeln**

Allgemeine Sportgruppe:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| Seniorengruppe I | <input type="checkbox"/> | Rückenschule-Frau Schade | <input type="checkbox"/> | Stepp-Aerobic-Frau Büchel | [|
| Seniorengruppe II | <input type="checkbox"/> | Stepp-Aerobic-Frau Großmann | <input type="checkbox"/> | BBP-Frau Büchel | [|
| Ballspielgruppe | <input type="checkbox"/> | Gymnastik-Frau Fippel | <input type="checkbox"/> | BBP-Herr Bliß Gr1 | [|
| Gym.-G. Möhring: | <input type="checkbox"/> | Workout-Frau Schade | <input type="checkbox"/> | BBP-Herr Bliß Gr2 | [|

Eintrittsdatum: _____ Bestätigung: Abt./Übungsfl. _____
Datum Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und erkläre mein Einverständnis zum Lastschriftinzug des Mitgliedsbeitrages gemäß der jeweils gültigen Beitragsordnung.

Machern, den _____
Datum Unterschrift/Erziehungsberechtigter

Hinweis: Alle Daten der Beitrittserklärung werden im Sinne des Datenschutzgesetzes gespeichert.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: SV Tresenwald e.V. Machern, Gartenallee 8, 04827 Machern
 Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE73SVT00001001150**

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Verein eingetragen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Sportverein SV Tresenwald e.V. Machern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kredit-Institut an, die vom SV Tresenwald e.V. Machern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

Name des Kontoinhabers: _____

Adresse des Kontoinhabers: _____

Mailadresse: _____

IBAN: _____ BIC: _____ / **Zahlungsart: wiederkehrend, zum Anfang eines Quartals**

Machern, den _____ Unterschrift: _____