



Beckeradsdelle 78d – 45897 Gelsenkirchen-Buer

Aufnahmeantrag (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme in den **TV Westfalia 1884 Buer e. V.**

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name/Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____ @ _____

Eintrittsdatum: 01. . . 20. . .

Ich/wir bin/sind Mitglied/er der Gruppe _____ des/der Übungsleiters/in: _____

Uns ist bekannt, dass der freiwillige Austritt aus dem Verein (Kündigung) nur durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand nur zum Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten (bis zum 30.September) zu erklären ist. Die Satzung des TV Westfalia 1884 Buer e.V. habe ich/wir zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere persönlichen Daten zum Zwecke der ordnungsgemäßen Vereinsführung gespeichert und verarbeitet werden.
Die Aufnahmegebühr und die laufenden Monatsbeiträge werden bis zum Beginn des nächsten ¼ jährlichen Abbuchungstermins abgebucht. **Die Beiträge werden vierteljährlich zum 01.01. / 01.04. / 01.07. / 01.10. abgebucht.**

_____ **Unterschrift des Mitgliedes** _____ **Unterschrift des Erziehungsberechtigten**

SEPA – Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen :

(Barzahlung ist nicht möglich – es werden keine Rechnungen erstellt)

Ich/Wir ermächtigen den TV Westfalia 1884 Buer e. V. den jeweiligen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unsere nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

oder IBAN:

D	E																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN + BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug

Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an die vom Verein TV Westfalia 1884 Buer e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsere Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Unsere Gläubiger-ID: DE85ZZZ00000308548: wiederkehrende Zahlungen

Ort _____ Datum _____ **Unterschrift des Kontoinhabers**

<u>Monatliche Beitragssätze:</u>			<u>Aufnahmegebühr</u>
Kinder	bis 14 Jahre	4,00 € ()	Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre 5,50 € ()
Jugendliche	15 bis 18 Jahre	4,50 € ()	Erwachsene 8,00 € ()
Studenten /Azubi /FSJ	Bescheinigung	4,50 € ()	
Mutter und Kind	bis 6 Jahre	8,00 € ()	
Erwachsene	ab 19 Jahre	6,00 € ()	
Ehepaare		9,50 € ()	
Familienbeitrag		12,50 € ()	
ab 3 Personen Kinder bis 18 Jahre			

Zutreffendes bitte ankreuzen