

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die **Burscheider Turngemeinde 1867 e.V.**

als aktives oder förderndes Mitglied

| | | |
|-----------|------------|--------------------------|
| Abteilung | Basketball | <input type="checkbox"/> |
| | Handball | <input type="checkbox"/> |
| | Judo | <input type="checkbox"/> |
| | Kegeln | <input type="checkbox"/> |
| | Schilaf | <input type="checkbox"/> |
| | Schwimmen | <input type="checkbox"/> |
| | Volleyball | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------|--------------------------|
| Turnen | |
| Gymwelt | <input type="checkbox"/> |
| Gerät-/ Kinderturnen | <input type="checkbox"/> |
| Eltern-Kind-Turnen* | <input type="checkbox"/> |
| Leichtathletik | <input type="checkbox"/> |



*Gültig für die Angebote "Eltern-und-Kind-Turnen" und "Schnullergruppe", so lange der Erwachsene an keinem anderen Sportangebot teilnimmt.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Beitragsordnung siehe Rückseite

| | | | |
|--|----------------|---|----------|
| Name | Vorname | m / w | Telefon: |
| | | | |
| Straße und Hausnummer | | PLZ und Wohnort | |
| | | | |
| Geburtsdatum | Eintrittsdatum | Mit der Speicherung und Verarbeitung der auf dem Aufnahmeantrag enthaltenen Angaben für Zwecke des Vereins bin ich gemäß Bundesdatenschutzgesetz einverstanden. | |
| | | | |
| E-Mail | | | |
| Sind weitere Familienangehörige Mitglied der BTG, bitte eintragen: | | | |
| | | | |

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Burscheider TG 1867 e.V., Jahnstraße 2, 51399 Burscheid, Deutschland, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000355222

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Burscheider TG 1867 e.V. Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Burscheider TG 1867 e.V. auf mein Konto / unser 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.

Zahlungsweise: vierteljährlich oder halbjährlich

Zahlungspflichtige(-r) falls abweichend zum Antragsteller

| | |
|--|-------------------------|
| Name | Vorname |
| | |
| Straße und Hausnummer | PLZ und Wohnort |
| | |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) | BIC (8 oder 11 Stellen) |
| | |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------|
| Bearbeitungsvermerk Vorstand: | Mitglied-Nr. | SPG-Verin erl.: |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------|

Ort und Datum _____

Das Lastschriftmandat erlischt automatisch bei termingerechter, **schriftlicher** Kündigung (zum 30.6. oder 31.12.) der Mitgliedschaft

| | | |
|----------------|--|--------------|
| Mitglied _____ | gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen | Kontoinhaber |
|----------------|--|--------------|