



Aufnahmeantrag

- Fußballabteilung -

Je Antragsteller eine Anmeldung
Eintragungen bitte in Druckschrift.
Zutreffendes bitte ankreuzen

TV Herkenrath 09 e.V. - Fußball
Postanschrift: Braunsberg 18
51429 Bergisch Gladbach
Email: fussball@tvherkenrath09.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der
Fußballabteilung des TV Herkenrath 09 e.V.

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße PLZ Wohnort

Telefon

Eintrittsdatum

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

E-Mail-Adresse

Beitragsordnung ab 01.01.2019

Aufnahmegebühr je Mitglied	20,00 Euro einmalig	<input checked="" type="checkbox"/>
Kinder bis einschließlich 14 Jahre	14,00 Euro mtl.	<input type="checkbox"/>
Jugendliche 15 bis einschließlich 19 Jahre, sowie Auszubildende und Studenten bis 27 Jahre (mit Nachweis)	15,00 Euro mtl.	<input type="checkbox"/>
Erwachsene (über 19 Jahre)	18,00 Euro mtl.	<input type="checkbox"/>
Spieler Alte Herren	14,00 Euro mtl.	<input type="checkbox"/>
Familienbeitrag (ab 3 Personen)	30,- Euro mtl.	<input type="checkbox"/>
Inaktive	5,- Euro mtl.	<input type="checkbox"/>

Beitragszahlung: per Lastschrift: Vierteljährlich im Voraus (01.01., 01.04., 01.07. 01.10.)

Das beigelegte Formblatt gemäß der DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
Im Falle eines minderjährigen Mitglieds erkläre ich als Erziehungsberechtigter mein
Einverständnis. Hinsichtlich von Bildveröffentlichungen nehme ich zur Kenntnis, dass ich die
Einwilligung jederzeit teilweise oder im Ganzen widerrufen kann.

Bankverbindung: VR Bank Bergisch Gladbach IBAN DE60 3706 2600 3400 4480 26
BIC GENODED1PAF,

Steuer-Nummer: 204/5825/0512



Gläubiger - Identifikationsnummer: DE74FUS00000275475

SEPA – Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird vom TV Herkenrath 09 separat mitgeteilt) _____

Mitglied: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TV Herkenrath 09 e.V., Abt. Fussball Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV Herkenrath 09 e.V. auf mein Konto gezogenen 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

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN:

D	E														

BIC:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhaber