



Familienname:  Vorname:  Geb.-datum:  Abteilung:

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon/Handy:  Optional Mailadresse:

### Weitere aufzunehmende Familienmitglieder:

Familienname:  Vorname:  Geb.-datum:  Abteilung:

Familienname:  Vorname:  Geb.-datum:  Abteilung:

Familienname:  Vorname:  Geb.-datum:  Abteilung:

Ort, Datum

(Unterschrift / bei minderjährigen gesetzl. Vertreter)

### Jahresbeiträge Hauptverein (zutreffendes bitte markieren):

Familienbeitrag (mit Kindern bis 14 Jahre) ..... 100,- € ☐  
Einzelperson (mit Kindern bis 14 Jahre) ..... 65,- € ☐  
Jugendliche (14-18 Jahre) ..... 35,- € ☐  
Kinder (bis 14 Jahre/ohne Elternmitgliedschaft) ..... 30,- € ☐

Durch meine Unterschrift erkenn ich die Satzung samt Beitragsordnung des Vereins an. Satzung, Beitragsordnung und ggf. anfallende Abteilungs- bzw. Zusatzbeiträge können im öffentlichen Aushang oder auf der Webseite des TSV Weidenbach-Triesdorf e. V. ([www.tsv-weidenbach.de](http://www.tsv-weidenbach.de)) eingesehen werden.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Weidenbach-Triesdorf e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Weidenbach-Triesdorf 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. Unsere Gläubiger-ID: DE58ZHV00000124928.

IBAN:  BIC:

Kreditinstitut:

Ort, Datum

(Unterschrift / bei minderjährigen gesetzl. Vertreter bzw. Kontoinhaber)