## Turnverein 1891 Lemberg e.V.



## Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantrage(n	) hiermit die Aufnahme b	eim Turnverei	in 1891 L	emberg e	e.V.	
als Mitglied in der Al	oteilung:	<b>.</b>			ñ	bungsleiter
	Bitt	e unbedingt a	angeben		U	bungsieitei
Name*		\	Vorname*			
Straße*			PLZ-Ort*			
Geburtsdatum*			Telefon*			
E-Mail (wünschenswert)			Beruf (freiwillige Angabe)			
* Pflichtangaben <u>Nachfolgel</u>	nde Familienangehörige	TV 1891 Ler		-		
N	Ehe-/Lebenspartner	Kind	nd		ind	Kind
Name*						
Vorname*						
Geburtsdatum*						
Abteilung*						
Bereits Mitglied Bitte ankreuzen ( X)	( )	( )		( )		( )
* Pflichtangaben						
Der Beitrag soll jähr	lich ( ) oder halbjährlic	h ( ) eingezo	ogen werd	en.		
Beitragsart: Einz	zel ( ) Ehepartner/	Elternteil mit K	(ind ( )	Famil	ie ( )	
Turnvereins sowie sein TV Lemberg www.tv-ler für Vereinszwecke, gen	ner Abteilungen als verbind <u>mberg.de</u> heruntergeladen w	llich an. Die Sat verden. Mit der S	tzung und d Speicherung	lie Beitrags und der Ve	ordnung könr rarbeitung der	entuelle Zusatzbeiträge des nen auf der Homepage des personenbezogenen Daten pe jederzeit die Möglichkeit,
	ng von Audio, Video und Fo e des Vereins sowie in der Pl			oder meines	s/er Kindes/er	in den Vereins-Nachrichten
ohne Begleitung vor d		rden unterliegen				die Übungsleiter. Kinder die gilt bei unbeaufsichtigtem
Ort	 Datum		nterschrift			
Bei Jugendlichen un Unterschrift der ges	iter 18 Jahren etzlichen Vertreter:					

Steuernummer: 35/669/0011/5

## Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID: DE91ZZZ00000076998

## Mandatsreferenz:

(Ist die Mitgliedsnummer und wird nach Eingang des Aufnahmeantrages vom Verein vergeben)

Hiermit ermächtige ich den Turnverein 1891 Lemberg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Turnverein 1891 Lemberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Name des Zahlungspflich	ntigen)	<del></del>	
(Straße, Hausnummer, PL	7 Ort Land des 7	ahlungsoflichtigen)	
(Ottaise, Haushulliller, F.	.z, Ort, Land des Za	anidngspillentigen)	
(Internationale Bankleitzal	hl, BIC des Zahlung	gsdienstleisters des Zahlungspflichtigen)	_
(Internationale Bankkonto	nummer, IBAN des	Zahlungspflichtigen)	_
Wochenende oder einen F	eiertag fallen sollte	ojährlich zum 31.07. oder – falls einer dies e – dem darauffolgenden Bankenarbeitsta der jeweils gültigen Beitragsordnung.	
Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers (unbedingt erforderlich)	