

Turnverein 1909 e.V. Werdorf

Änderungsmeldung

Adresse:	Mitglieds-Nr.:	
<hr/>	<hr/>	
Vorname, Name (b. Namensänderung bitte alten Namen angeben)	Geburtsdatum	Telefonnummer
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
<hr/>	<hr/>	
Emailadresse (soweit vorhanden)		

		Abteilungen:	
Kinder, Jugendliche, Auszubildende, Studenten (Nachweis ggf. bitte beilegen)	mtl. 3,00 €	01 Turnen	<input type="checkbox"/>
		02 Musik	<input type="checkbox"/>
		03 Leichtathletik	<input type="checkbox"/>
Erwachsene	mtl. 5,00 €	04 Volleyball	<input type="checkbox"/>
		05 Handball	<input type="checkbox"/>
		06 Badminton	<input type="checkbox"/>

Beitragszahlung jährlich Beitragszahlung halbjährlich (nur im Lastschriftverfahren möglich)

Anmerkung: Als rechtzeitige Zahlung gilt die Erteilung eines Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen, wobei sichergestellt sein muss, dass die Kontodeckung gegeben ist. Änderungen der Kontoverbindung müssen dem Verein mitgeteilt werden. Bankgebühren wegen unberechtigter Lastschriftrückgabe werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.

Versicherungsschutz bei Veranstaltungen des TV-Werdorf ist nur bei Zahlung des Mitgliedsbeitrages gewährleistet. Bei Schadenseintritt sind nachträgliche Zahlungen nicht möglich.

Ich bin mit der Speicherung der hier erhobenen Daten für vereinsinterne Zwecke einverstanden. Weitergabe an Dritte ist untersagt.

Ich bin damit einverstanden, dass der TV 09 Werdorf für die Kommunikation meine Emailadresse nutzt und auch wichtige Informationen per Email an mich schickt.

Änderung der Bankverbindung: SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) den TV-Werdorf, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, auf meinem (unserem) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers	genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes
<hr/>	<hr/>
DE	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl (Swift/BIC)

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz entspricht der **Mitgliedsnummer** Gläubiger-ID: **DE72ZZZ00000039122**

Datum Unterschrift des Mitgliedes oder des gesetzlichen Vertreters

Mitgliederverwaltung: Alte Chaussee 2 35614 Asslar-Werdorf
(1. Kassiererin) Tel. 06443-6900140 - Fax 06443-6900146
Email: margarete.heidl@gmx.de