



Turn- und Sportverein 1860 Dinkelsbühl e. V.

Postfach 406
91545 Dinkelsbühl
E-Mail: tsv-dinkelsbuehl@t-online.de
Internet: www.tsv-dinkelsbuehl.de

Geschäftsstelle
Alte Promenade 10, 91550 Dinkelsbühl
Tel. 09851 554730, Fax 554731

Aufnahmeantrag

(Bitte in Blockschrift ausfüllen -
dickumrandete Felder nicht ausfüllen; ß =SS; Ä = AE usw.)

Beantragte Mitgliedschaft für:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mitglieds-Nr.	m/w	Name, Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Beruf/Titel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privattelefon	<input type="text"/>	Mobiltelefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort/Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße		

Aufnahme als aktives Mitglied in Abteilung/en: _____

Aufnahme als passives Mitglied im Hauptverein

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eintrittsdatum	Sp.	Bk.	Sp.	Bk.	Sp.

Aus meiner Familie ist bereits Mitglied beim TSV:

Name/n: _____

Durch meine Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner Angaben in einer Datei zu.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TSV 1860 Dinkelsbühl e. V. Alte Promenade 10 91550 Dinkelsbühl
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00000241164

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen den

TSV 1860 Dinkelsbühl e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TSV 1860 Dinkelsbühl e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Kreditinstitut

BIC	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum	Unterschrift(en) Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eingang	Kontrolle Vorstand	Erlidigung