



Turn- u. Sport-Bund
SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.

Geschäftsstelle: Löhle 1 * 73527 Schwäbisch Gmünd * Tel. und Fax: 07171 / 75793
e-mail: geschaeftsstelle.tsb-gd@t-online.de www.gmuendertsb.de

Ich (Wir) beantrage/n beim **TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.** die **Mitgliedschaft** in der

ABTEILUNG: _____ **ab:** _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Anschrift: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Geboren am: _____ **Geschlecht:** _ m. / w. _) * **Telefon:** _____

e-mail: _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft als)*:

KIND bis 14 Jahre **JUGENDLICHER 15 bis 18 Jahre** **SCHÜLER üb.18 J. ***

* (Nachweis: Schülerschein)

ERWACHSENER **Alleinerziehende** **FAMILIE ***

	<u>Nachname</u>	<u>Vorname</u>	<u>Geb.-tag</u>	<u>Geschlecht</u>	<u>Abteilung</u>
Ehepartner:	_____	_____	_____	__ m. / w. __)	_____
Kind 1:	_____	_____	_____	__ m. / w. __)*	_____
Kind 2:	_____	_____	_____	__ m. / w. __)*	_____
Kind 3:	_____	_____	_____	__ m. / w. __)*	_____
Kind 4:	_____	_____	_____	__ m. / w. __)*	_____

=====
Mit der Unterschrift anerkenne ich die Satzung des TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V. und verpflichte mich:

- zur pünktlichen **Beitragszahlung**, für die kommenden Jahre im Laufe des Monats Februar.
- Anschriften- u. sonstige Änderungen** sind dem Verein (Geschäftsstelle) umgehend mitzuteilen.
- bei **Austritt aus dem Verein** nur die schriftliche Form der Kündigung gegenüber der Geschäftsstelle zu wählen und die Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende einzuhalten.

Datum : _____
(Eigenhändige Unterschrift)

Bei Minderjährigen:
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum : _____
Unterschrift des Abteilungsleiters

Beiträge sind mittels Bankeinzugsverfahren zu entrichten. Bei erforderlicher Rechnungsstellung wird eine Bearbeitungsgebühr von € 5,00 fällig.

Der Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Er muss unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen schriftlich an die TSB-Geschäftsstelle erklärt werden.

Bei Eintritt im Laufe eines Kalenderjahres wird der TSB-Jahresbeitrag anteilig berechnet.

Erklärung zur Einzugsermächtigung

(Bitte sorgfältig, deutlich und vollständig ausfüllen)

Ich bin damit einverstanden, daß der **Jahresbeitrag**
zum **TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.** mittels **SEPA- Lastschrift**, für die kommenden
Jahre jeweils zum 01. Februar des betreffenden Jahres über das Konto bei der:

Name der Bank: _____ eingezogen wird.

BLZ.: _____ **Kto.Nr.:** _____

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: (Nur wenn eine Abweichung vom Aufnahmeantrag vorliegt.)

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Für folgende Personen soll der Beitragseinzug erfolgen:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Folgende Personen (Familienmitglieder) sind bereits Mitglied
im **TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.:**

Der Beitragseinzug soll für diese Personen ebenfalls vom obigen Konto erfolgen.

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Datum : _____

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Für Rechnungsausstellung werden € 5,00 Bearbeitungsgebühr berechnet.

Abteilungsbeitrag €.....

Vermerke :

A C H T U N G !!!!!!!!!

Diese Erklärung zur Einzugsermächtigung gilt auch für den
Einzug der Abteilungsbeiträge.

Erklärung zur Einzugsermächtigung

(Bitte sorgfältig, deutlich und vollständig ausfüllen)

Ich bin damit einverstanden, daß die **Aufnahmegebühr** (einmalig) und der **Jahresbeitrag** zum **TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.** mittels **Lastschrift**, für die kommenden Jahre jeweils im Laufe des Monats Februar des betreffenden Jahres, über das Konto bei der:

Name der Bank: _____ eingezogen wird.

BLZ.: _____ **Kto.Nr.:** _____

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: (Nur wenn eine Abweichung vom Aufnahmeantrag vorliegt.)

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Für folgende Personen soll der Beitragseinzug erfolgen:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Folgende Personen (Familienmitglieder) sind bereits Mitglied
im *TSB SCHWÄBISCH GMÜND 1844 e.V.*:

Der Beitragseinzug soll für diese Personen ebenfalls vom obigen Konto erfolgen.

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Datum : _____

(Unterschrift des Kontoinhabers)

Für Rechnungsausstellung werden € 5,00 Bearbeitungsgebühr berechnet.

Abteilungsbeitrag €.....

Vermerke :

A C H T U N G !!!!!!!!!!!

Diese Erklärung zur Einzugsermächtigung gilt auch für den
Einzug der Abteilungsbeiträge.