TSV Feldafing 1911 e.V.

Geschäftsstelle
Seestr. 30 - 82340 Feldafing
Tel. 08157- 609125
eMail: mail@tsv-feldafing.de
Bankverbindung : Kreissparkasse München/Starnberg,
IBAN: DE23 7025 0150 0620 3092 03, BIC: BYLADEM1KMS

Fußball
Tanzsport
Turnen
Triathlon
Leichtathletik
Radsport
Tennis
Volleyball

Aufnahmeantrag Fußball

O Herrn O Frau bitte deutlich ausfüllen

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefax

Meine eMail lautet: _____

bittet um Aufnahme als Mitglied in den TSV Feldafing als (bitte ankreuzen):

		Abteilung	TSV
☐	**Aktives Mitglied ab vollendetem 18. Lebensjahr**	**EUR 50,00 /Jahr**	**EUR 100,00 /Jahr**
☐	**Kind, Schüler(in), Jugendliche(r) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:**	**EUR 40,00 /Jahr**	**EUR 50,00 /Jahr**
☐	**Student(in), Azubi (bis 27. Lebensjahr), Wehr- und Ersatzdienstleistende(r)**	**EUR 40,00 /Jahr**	**EUR 50,00 /Jahr**
☐	**Passives Mitglied**	**EUR 0,00 /Jahr**	**EUR 30,00 /Jahr**

☐ **Hiermit gestatte ich dem Verein die Nutzung meines Lichtbilds, bzw. des Lichtbilds meines Sohnes / meinerTochter für Online-Medien des Bayerischen Fußfballverbandes.**

Versicherungsschutz durch den Verein bzw. durch den Bayer. Landessportverband genießt das Mitglied nur mit Aufnahme in den Verein. Der Versicherungsschutz ist außerdem nur dann gegeben, wenn eine Mitgliedschaft bei einer Pflicht-, Ersatz-, oder Privatkasse besteht (subsidiäre Versicherung). Änderungen (z.B. Beitritt in eine Abteilung mit Spartenbeitrag) oder Kündigung der Mitgliedschaft zum Jahresende sind dem Verein schriftlich bis zum 30.11. mitzuteilen.

..... , den .....
Ort Datum Unterschrift, Vor- und Zuname
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98TSV00000171932 **Mandatsreferenz:** ..... **(Wird vom Verein ausgefüllt)**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den TSV Feldafing widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen im 1. Quartal eines jeden Jahres zu Lasten meines/unseres Girokontos per Lastschrift einzuziehen:

IBAN: ..... **bei .....**
Geldinstitut

BIC: ..... **Kontoinhaber: .....**
Vorname Name

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

..... **..... , den .....** **…….....**
Vorname, Name Ort Datum Unterschrift

Stand: 2017