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

Tennis
Fußball
Tanzsport
Turnen
Triathlon
Leichtathletik
Radsport
Volleyball

Aufnahmeantrag Tennis

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):

	Personengruppe	Aufnahmegebühr Tennis in EURO	Beitrag TSV in EURO	Beitrag Tennis in EURO	Gesamtbeitrag in EURO
☐	**Erwachsene**	0,00	100,00	160,00	**260,00**
☐	**Erw. ab 60 J**	0,00	100,00	160,00	**260,00**
☐	**Partner**	0,00	200,00	260,00	**460,00**
☐	**Kinder b. 14 J**	0,00	50,00	35,00	**85,00**
☐	**Dto ohne Erw.**	0,00	50,00	65,00	**115,00**
☐	**Jugendliche bis 18 Jhr.**	0,00	50,00	85,00	**135,00**
☐	**Stud./Azubis bis 27 Jhr.**	0,00	50,00	110,00	**160,00**
☐	**Passive**	0,00	30,00	35,00	**65,00**
☐	**Passive +TSV**	0,00	100,00	35,00	**135,00**

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** dem 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: 2016