



TSV Einigkeit Dornap-Düsseldorf 1900 e. V. – Aufnahmeantrag
www.tsveinigkeitdornap.de



Hiermit beantrage ich meinen Eintritt / den Eintritt meines Kindes* (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Stand 01.01.2019

Nachname				Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität	Beruf	Nachname der Eltern / des Erziehungsberechtigten	
Straße, Haus-Nr.				PLZ, Ort	
Telefon	Festnetz:			E-Mail-Adresse	
	Mobil:				

zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den TSV Einigkeit Dornap-Düsseldorf 1900 e.V. . Ich erkenne durch meine Unterschrift die Satzung des Vereins ausdrücklich an. Eine vollständige Ausführung der Satzung kann ich in gedruckter Form anfordern oder unter www.tsveinigkeitdornap.de einsehen.

Ich wünsche die Aufnahme in die von mir gewählte Abteilung mit dem zur Zeit gültigen Jahresbeitrag:

Mitgliedschaft	Abteilung	Junioren, sowie Schüler und Studenten		Beitragsgruppe	Über 18 Jahre		Beitragsgruppe
		Monat	Jahr		Monat	Jahr	
<input type="checkbox"/>	Fußball	€ 8,-	€ 96,-	1	€ 11,-	€ 132,-	2
<input type="checkbox"/>	Fußball (Hobby)	€ 7,-	€ 84,-	3	€ 7,-	€ 84,-	3
<input type="checkbox"/>	Gymnastik				€ 9,-	€ 108,-	4
<input type="checkbox"/>	Judo	€ 11,-	€ 132,-	5	€ 11,-	€ 132,-	5
<input type="checkbox"/>	Judo (Hobby)	€ 7,-	€ 84,-	6	€ 7,-	€ 84,-	6
<input type="checkbox"/>	Karate				€ 7,-	€ 84,-	7
<input type="checkbox"/>	Tischtennis				€ 7,-	€ 84,-	8
<input type="checkbox"/>	Passiv	€ 7,-	€ 84,-	9	€ 7,-	€ 84,-	9

Die Beitragszahlung erfolgt per Lastschrift (bitte umseitige Einzugsermächtigung ausfüllen und unterschreiben)

Der Mitgliedsbeitrag ist satzungsgemäß ein Jahresbeitrag. Im Eintrittsjahr wird dieser anteilig ab Eintrittsdatum berechnet. Es wird eine Aufnahmegebühr in der Höhe von € 10,- erhoben.

Familienrabatt / Nachlässe:

Bei in einem Haushalt lebenden Vereinsmitgliedern beträgt der Maximalbeitrag pro Familie 300,00 €.

Folgende Familienangehörige sind aktuell Mitglied im Verein und leben im selben Haushalt:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Abteilung

Hinweise:

**) Bei Jugendlichen unter 18 Jahren muss mindestens ein(e) Erziehungsberechtigte(r) mit der Unterschrift ihr/sein Einverständnis zum Vereinseintritt erteilen. Die aus der Mitgliedschaft resultierenden Zahlungsverpflichtungen werden übernommen.*

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Antragstellers _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____

TSV Einigkeit Dornap-Düsseldorf 1900 e.V. Silberberger Weg 3 42489 Wülfrath Tel.: 0176 57 82 95 64 info@tsveinigkeitdornap.de www.tsveinigkeitdornap.de	Bankverbindung Kreissparkasse Düsseldorf IBAN DE30 3015 0200 0003 6012 91	Vorstand Karl-Heinz Schultz (1.Vorsitzender) Julian Boock (2.Vorsitzender) Max Schultheiß (Geschäftsführer)
--	--	---

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TSV Einigkeit Dornap-Düssel 1900 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Silberberger Weg 3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

42489 Wülfrath

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE62ZZZ00000737993

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Beitrag; Mitgliedsnummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Wülfrath,

Ort / Location, Datum / Date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: