AUFNAHMEANTRAG

Hiermit erkläre ich den Beitritt in den TV Rheinbrohl 1882 e.V.

Antragsteller:

*Name, Vorname	*Geb. Datum
*Straße, Hausnummer	*PLZ, Ort
*Telefon (Festnetz/ Mobil)	E-Mail

Familienmitglieder:

*Name, Vorname	*Geb. Datum
*Name, Vorname	*Geb. Datum
*Name, Vorname	*Geb. Datum

*Eintrittsdatum _____ *Gruppe _____

WICHTIG – Bitte unbedingt angeben!!!

Höhe des Beitrages monatlich (bitte ankreuzen)**:**

☐ Kinder & Jugendliche	5,00 €	☐ Erwachsene (ab 18. Jahre)	7,00 €
☐ Rentner	5,00 €	☐ Familienbeitrag	14,50 €
☐ inaktives Mitglied	2,00 € → (nur möglich bei keiner Angebotsnutzung des Mitglieds)		

als Rentner zählen alle weiblichen Personen, die das 60. Lebensjahr und alle männlichen Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Personen, die vorzeitig das Rentenalter erreicht haben, haben diesbezüglich eine Nachweispflicht zu erbringen.

Der Aufnahmeantrag ist nur gültig mit einer vollständig ausgefüllten und erteilten Einzugsermächtigung.

Mit der Aufnahme in den TV Rheinbrohl 1882 e.V. erkenne ich die Satzung an. Die Satzung kann im Internet unter **www.tvrheinbrohl.de** und während den Geschäftszeiten in der Geschäftsstelle des TV Rheinbrohl nachgelesen werden. Auf Wunsch wird diese auch in Schriftform ausgehändigt.

Eine Kündigung ist nur halbjährlich möglich zum 30.06 oder 31.12. (siehe § 5 der Satzung) unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen.
Die Kündigung bedarf der schriftlichen Form und ist an den Vorstand zu richten.

*Datum. _____ *Unterschrift: _____
(bei Minderjährigern Unterschrift Erz. Berechtigte)

mit * gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt werden.

Einzugsermächtigung umseitig ausfüllen und unterschreiben

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

TV Rheinbrohl 1882 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer:

Maria-Hilf-Straße 8 b

Postleitzahl und Ort:

56598 Rheinbrohl

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00000533292

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

TVR(4-stellige Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TV Rheinbrohl 1882 e.V. , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV Rheinbrohl 1882 1922 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Anfallende Gebühren, die durch Nichteinlösung bzw. durch mangelnde Kontodeckung dem TV Rheinbrohl 1882 e.V. entstehen, werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.

Zahlungsart (halbjährlich am 1. April und 1. Oktober):
Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Angabe freigestellt)**:**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

DE____ _____ _____ _____ _____ ____

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort: **Datum (TT/MM/JJJJ):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):