

An den
TSV Coburg-Scheuerfeld 1900 e.V.



Präsident: Roland Eibl
Friedrich-Lutter-Straße 24
96450 Coburg
Tel.: 09561/34337
Mobil: 0160/96690677

Anmeldung

Hiermit melde ich mich als Mitglied beim TSV Coburg-Scheuerfeld 1900 e.V. an.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Haus-Nr.: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Tel.-Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____ E-Mail _____

ggf. Erziehungsberechtigte(r) - Name: _____ Vorname: _____

Abteilung:

Turnen

Fußball

Handball

Tennis

Tischtennis

Leichtathletik

Ju-Jutsu

Iaido

Mitgliedsbeiträge (gültig ab 01.01.2013):

Erwachsene ab 18 Jhr.	81,00 €	o
Ehepaare	150,00 €	o
Familien m. Kindern bis 14 Jhr.	174,00 €	o
Jugendliche bis 18 Jhr.	45,00 €	o
Kinder bis 14 Jhr.	39,00 €	o
Senioren, Seniorinnen ab 61 Jhr.	57,00 €	o

Zusatzbeitrag Tennisabteilung

Erwachsene	102,00 €	o
Ehepaare	183,00 €	o
1. Kind/Jugendliche bis 18 Jhr.	57,00 €	o
Ab 2. Kind/Jugendliche	frei	
Passive Mitglieder	38,00 €	o

Zusatzbeitrag Leichtathletik 4,00 € monatl.
(Wird von der Abteilung erhoben) o

Coburg, den _____

Unterschrift: _____

bei Minderjährigen: Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Abmeldung: Nur zum 31.12. eines Jahres möglich, spätestens schriftlich bis 30.09. des Jahres

Bankverbindung: VR-Bank Coburg	BIC: GENODEF1COS BLZ: 78360000	IBAN: DE93 7836 0000 0001 9199 11 Kto-Nr.: 1919911
-----------------------------------	-----------------------------------	---

Bitte wenden, Lastschriftmandat unbedingt ausfüllen !

**Erteilung einer Einzugsermächtigung
und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers: TSV Coburg-Scheuerfeld 1900 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers: Friedrich-Lutter-Straße 24, 96450 Coburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000098122

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung (Anmerkung: Mitgliedsbeitrag)

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

						D	E						
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen: _____