



VEREIN FÜR TURNEN, FITNESS, TANZEN
GESUNDHEITS-, REHABILITATIONS- UND FREIZEITSPORT

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum I S V von 1989

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Beruf : _____

Wohnort/Straße, Hausnr. _____

Telefon : _____

DER MONATS-BEITRAG BETRÄGT

für Mitglieder bis 21 Jahre monatlich 7,00 Euro

für Mitglieder über 21 Jahre monatlich 10,00 Euro

für Turnen „Eltern und Kind“ / bis 3 Jahre monatlich 13,00 Euro

Sollte nach dem Eltern-Kind Turnen nur das Kind oder der Erwachsene Mitglied bleiben, muss vor dem nächsten Einzug eine Ummeldung erfolgen.

für Familien monatlich 20,00 Euro

für passive Mitglieder monatlich 3,00 Euro

Einmalige Aufnahmegebühr 1 Monatsbeitrag

Abmeldungen sind nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist von einem Monat, jeweils zum 30. Juni und zum 31. Dezember möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass der Beitrag vierteljährlich / halbjährlich / jährlich eingezogen wird.

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur Veröffentlichung von Aufnahmen in Vereinszeitschriften und im Internet.

Unterschrift

Bitte Rückseite beachten

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Integrierter Sportverein von 1989 e.V.
Kösliner Str. 1 a
26721 Emden

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE72ZZZ00000092569

EINTRAGEN VON WEITEREN FAMILIENMITGLIEDERN:

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

Name : _____ Vorname : _____ Geburtsdatum : _____

SEPA-Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut

BIC/BLZ

IBAN/Kto-Nr.
DE

Ort, Datum

Unterschrift