

# Turn- und Sportverein Buching e. V. Abteilung Fußball

## Beitrittserklärung



Ich beantrage die Aufnahme als ordentliches Mitglied in der Abteilung Fußball des TSV Buching e. V.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

(bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

### Jährliche Beiträge:

Kinder ab Spielerpasserhalt vom BFV bis 11 Jahre: 10,00 Euro

Jugendliche von 12 bis 17 Jahre, inkl. aktive Damen: 15,00 Euro

Senioren und U19 Spieler ab Volljährigkeit: 40,00 Euro

AH 25,00 EUR, Passive Mitglieder 10,00 EUR

Eine Aufnahmegebühr wird für Kinder, Jugendliche und Erwachsene nicht erhoben. Der Beitritt zur Abteilung Fußball erfordert zwingend die Mitgliedschaft beim Hauptverein TSV Buching e. V.

Das Formular des TSV Buching e. V. wird separat behandelt. Bitte mit den entsprechenden Daten ausfüllen.

Falls Sie bereits Mitglied im Hauptverein sind, bitte hier ein Kreuz machen

Ich bin einverstanden, dass Bildmaterial in den Medien veröffentlicht wird.

### Bankeinzugsermächtigung

Der Unterzeichner ermächtigt die Abteilung Fußball des TSV Buching e. V. den jeweiligen Jahresbeitrag von der unten aufgeführten Bankverbindung einzuziehen. Diese Vollmacht ist bis auf Widerruf gültig.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname, Straße, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut, Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats für wiederkehrende Lastschriften

Zahlungsempfänger:

TSV Buching e.V. Abteilung Fußball, Raiffeisenstr. 17, 87642 Halblech

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE70ZZZ00000139553

Mandatsreferenznummer:\* \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den TSV Buching e.V. Abteilung Fußball Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Buching e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Die Mandatsreferenznummer wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbeitrages mitgeteilt.