



Turn- und Spielverein Aukrug von 1922 e.V.

Heidkatenweg 4, 24613 Aukrug

Gläubiger-Identifikationsnummer DE57 ZZZ0 0000 0811 02

Änderungsmitteilung *(bitte ankreuzen und alle Angaben in Druckbuchstaben)* Änderung der Daten / Kündigungen / SEPA-Lastschriftmandat

Name: * _____ Vorname: * _____

Geb.Datum: * _____ weiblich * männlich * divers *

Straße / Nr.: * _____

PLZ: * _____ Ort: * _____

Telefon: *¹ _____ Mobil: ¹ _____

E-Mail: _____

Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Gesetzliche Vertreter (Vor- und Nachnamen): _____

* Pflichtangaben ¹ bei Minderjährigen ist mindestens eine Telefonnummer der Erziehungsberechtigten anzugeben

Änderung der Adressdaten:

Siehe oben

Neue Adresse ab: _____ . _____ . _____

Änderung der Kontodaten / Neues SEPA-Lastschriftmandat:

Siehe Rückseite

Gültig ab: _____ . _____ . _____

Änderung der Beitragsklasse / Anmeldung für eine Sparte:

Hiermit wechsele ich zum: _____ . _____ . _____ in folgende Beitragsklasse: _____

In folgende Sparte: _____

Kündigung einer Abteilungs-/Spartenmitgliedschaft:

Hiermit kündige ich die Mitgliedschaft in folgender Abteilung/Sparte:

Name der Sparte: _____ zum: _____ . _____ . _____

Kündigung der Gesamtmemberschaft:

Hiermit kündige ich die Mitgliedschaft im TSV Aukrug zum: _____ . _____ . _____

Abmeldung: Schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende

Aukrug, den _____

Unterschrift des Antragstellers

(bei Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren des gesetzlichen Vertreters)



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TSV Aukrug von 1922 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TSV Aukrug auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenznummer wird bei der ersten Abbuchung mitgeteilt.

Ich möchte die Beiträge vierteljährlich jährlich zahlen.

Kontoinhaber
Vorname, Nachname:

Kreditinstitut (Name):

IBAN:

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum:

Unterschrift:

x

Wenn der Aufnahmeantrag später als 1 Bankarbeitstag vor dem 1. Werktag des Folgemonats bei uns eintrifft, werden die Beiträge erst mit dem nächsten Zahlungslauf abgebucht.

Hinweis:

Weist das Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. **Die entstehenden Rücklastgebühren gehen zu Lasten des Mitgliedes.**