

Mitgliedsantrag (Senioren)

TTC „Blau-Rot“ 1971 Geyen e.V.



Wir freuen uns, dass Du Dich dazu entschieden hast, dem TTC „Blau-Rot“ 1971 Geyen e.V. beizutreten. Dazu müsstest Du bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Eintritt (Datum): _____

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Lastschriftzug Bar

jährlich halbjährlich

Hiermit ermächtige ich den TTC „Blau-Rot“ 1971 Geyen e.V. den Beitrag in Höhe von 103,20 € (jährlich) bzw. 51,60 € (halbjährlich) (Stand 06/2009) im Voraus zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen.

Dazu bitte das rückseitige Formular ausfüllen.

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem TTC „Blau-Rot“ 1971 Geyen e.V. bei. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des TTC „Blau-Rot“ 1971 Geyen e.V. an. Die Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich mit einer Frist von zwei Monaten zum 30.06. oder 31.12. eines jeden Kalenderjahres erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name: TTC „Blau-Rot“ Geyen 1971 e.V.

Straße/Hausnr.: Kölner Straße 43 a

PLZ/Ort: 50354 Hürth

Land des Zahlungsempfängers: Deutschland

Ich ermächtige/wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00001148214

Mandatsreferenz: _____

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungspflichtiger

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Land des Zahlungspflichtigen: _____

Kreditinstitut Name: _____

BIC: _____

LKZ PrüfZ IBAN _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten _____