Förderverein
Turnzentrum TSV SÜSSEN e.V.

Amtsgericht Geislingen, Vereinsregister Nr. VR 540339 **www.turnzentrum-suessen.de**

1. Vorsitzender: Peter Lutz, Fünfkirchener Str. 23, 73072 Donzdorf, Tel. 07162/ 24825,
E-Mail: peter.lutz@turnzentrum-suessen.de

2. Vorsitzende: Bereich Finanzen: Tobias Wahl E-Mail: tobias.wahl@turnzentrum-suessen.de
Bereich Sport: Michael Kröhn E-Mail: michael.kroehn@turnzentrum-suessen.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein Turnzentrum TSV Süßen e.V. als:

☐ aktives Mitglied (Training min. 2 x wöchentlich, Beitrag monatlich 26,67 €)

☐ aktives Mitglied Gerätturnen (Übungsstunde 1 x wöchentlich, Beitrag monatlich 8,33 €)

☐ passives Mitglied (jährlich 120,00 €)

Die Satzung in ihrer aktuellen Form wird auf Anforderung ausgehändigt und gilt als anerkannt. Der Beitrag im Eintrittsjahr wird gemäß §6 der Satzung monatsgenau ab dem Eintrittsmonat berechnet. Gemäß §5 der Satzung kann eine Kündigung zum 30. Juni oder 31. Dezember unter Einhaltung einer 6-wöchigen Frist gegenüber dem Vorstand erklärt werden. Kündigungen sind ausschließlich in schriftlicher Form an die oben genannten Adressen bzw. an kuendigung@turnzentrum-suessen.de zu richten. Der Mitgliedsbeitrag kann jederzeit durch die Hauptversammlung erhöht bzw. angepasst werden. Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils für 6 Monate zum 1. und 3. Quartal des Jahres eingezogen. Die aktuellen Beiträge und Einzugstermine können auf der Homepage: www.tz-suessen.de entnommen werden, so dass keine weitere Vorinformation der Lastschrift erforderlich ist.

Vorname und Nachname (Mitglied): _____

Postleitzahl und Ort: _____

Geb. Datum: _____ Tel. Nr.: _____ Fax. Nr. _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger ID:DE86ZZZ00000474109 **Mandatsreferenz Nr. = Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige den Förderverein TZ TSV Süßen e.V. Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TZ TSV Süßen e.V. auf mein Konto gezogene 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.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: | | | | | | | | | | | |

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von: (Angabe nur erforderlich, wenn Kontoinhaber nicht Vereinsmitglied ist):

Vorname: _____ Nachname: _____