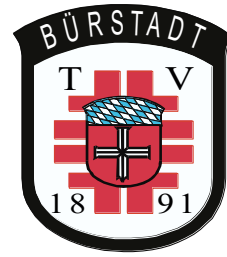


Turnen • Handball • Tischtennis • Leichtathletik • Volleyball  
Rasenkraftsport • Sportabzeichen • American Football/Cheerleading



**Ich möchte Mitglied werden beim**

**TV 1891 Bürstadt e.V.**  
Wasserwerkstr. 4  
68642 Bürstadt

---

Familienname:

Vorname:

Straße Hausnr.:

PLZ u. Wohnort:

Geburtsdatum:  Tag, Monat, Jahr 4-stellig

Telefon: (freiwillig)

E-Mail: (freiwillig)

Einzelmitglied     Familienmitglieder (siehe Rückseite)     männlich     weiblich

**Als Mitglied möchte ich bei der Abteilung**

Turnen/Gymnastik     Handball     Tischtennis     Volleyball  
 Leichtathletik     Rasenkraftsport     American Football/Cheerleading  
 aktiv     passiv    geführt werden.

**Zahlungsweise:**

Jahresbeitrag     Halbjahresbeitrag

Ich erkläre meinen Beitritt zum TV 1891 Bürstadt e.V. und verpflichte mich, die Satzung und alle Ordnungen des Vereins zu beachten und meinen Beitrag pünktlich zu entrichten. Bei Minderjährigen übernehmen die Erziehungsberechtigten die Haftung für die Begleichung der Mitgliedsbeiträge.

**Weiter auf der Rückseite!**

## Folgende Punkte sind Bestandteil des Antrags auf Mitgliedschaft:

Die Mitgliedsbeiträge werden zum Jahresbeginn fällig. Der Einzug erfolgt im März, bzw. im März und September eines Jahres bei halbjährlicher Zahlung.

**Anschriftänderungen** sind der Geschäftsstelle unverzüglich mitzuteilen.  
(Schriftlich oder via Email an: [mitgliederverwaltung@tvbuerstadt.de](mailto:mitgliederverwaltung@tvbuerstadt.de))

Bei Eintritt innerhalb des Kalenderjahres wird der Beitrag anteilig berechnet.

Mit Abgabe des Antrags ist jedes Mitglied bei der ARAG (Lsb-H) gegen Sportunfälle versichert.  
Die Versicherung kann nur bei ordnungsgemäßer Beitragszahlung in Anspruch genommen werden.

<b>Beitragsgruppen</b>	<b>Jahresbeitrag</b>	<b>Halbjahresbeitrag</b>
Einzelmitglied regulär		
Kinder, Jugendliche, Erwachsene bis 60 Jahre	78,00 €	39,00 €
Einzelmitglieder		
Senioren/Seniorinnen ab 60 Jahre	50,00 €	25,00 €
Familienbeitrag	156,00 €	78,00 €

### Bei Familienmitgliedschaft bitte alle weiteren Mitglieder eintragen:

Nachname/Vorname ..... Geb. .... Abteilung: .....

Nachname/Vorname ..... Geb. .... Abteilung: .....

Nachname/Vorname ..... Geb. .... Abteilung: .....

Nachname/Vorname ..... Geb. .... Abteilung: .....

Nachname/Vorname ..... Geb. .... Abteilung: .....

Der TV 1891 Bürstadt e.V. ist berechtigt, die vom Mitglied erhaltenen Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes zu verarbeiten. Den Datenschutzbeauftragten des TV Bürstadt erreichen Sie unter E-Mail: [datenschutzbeauftragter@tvbuerstadt.de](mailto:datenschutzbeauftragter@tvbuerstadt.de)

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten im Rahmen von Wettkampfergebnissen, Ereignisse im Vereinsleben, Feierlichkeiten oder Ehrungen für an Infotafeln, den Tageszeitungen, im Internet, in Vereinsnachrichten und den Fachverbänden gegenüber veröffentlicht werden.

Die Kündigung der Mitgliedschaft bedarf der Schriftform und wird jeweils zum Jahresende wirksam.

Mit der Unterschrift erkennt das Mitglied die Vereinssatzung des TV 1891 e. V. an

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** (bei Jugendl. Unterschr. eines Erziehungsb.)

**Bitte auch beigefügtes SEPA-Laschriftmandat ausfüllen und unterschreiben!**

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):