



BEITRITTSERKLÄRUNG

Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds Nr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds Nr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds Nr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds Nr.
Name	Vorname	Geburtsdatum	Mitglieds Nr.
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon Nr.:	Mobil Nr.:	E-Mail Adresse:	
Eintrittsdatum			

Hiermit erkläre ich/wir meinen/unseren Beitritt zum ASV Batzhausen e.V. sowie zur Vereinssparte Tennis. Durch meine/unsere Unterschrift(en) erkenne ich/wir die Satzung des Vereins als rechtsverbindlich an und verpflichte(en) mich/uns zur Zahlung der Mitgliedsbeiträge. Ich/wir als der/die gesetzliche/n Vertreter genehmige/n hiermit den Beitritt für mein/unser Kind bis zum Eintritt der Volljährigkeit (18. Lebensjahr) die persönliche Haftung für die Beitragspflichten meines/unseres Kindes gegenüber dem Verein. Ich erkläre mich mit der elektronischen Erfassung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift(en) (bei Minderjährigen die des Erziehungsberechtigten)
------------	--

Vereinsbeitrag ASV

Schüler/in bis 15 Jahre	30,00 €
Jugendliche/r 16 – 21 Jahre	36,00 €
Erwachsene/r ab 22 Jahre	50,00 €
Student/in, Azubi	36,00 €
Familie (alle Kinder bis 18 Jahre)	85,00 €
Senioren ab 70 Jahre	15,00 €
Familie ab 70 Jahre	30,00 €

+

Spartenbeitrag Tennis

+ Spartenbeitrag Schüler/in bis 15 Jahre	+ 15,00 €
+ Spartenbeitrag Passives Mitglied	+20,00 €
+ Spartenbeitrag Jugendliche/r 16 – 21 Jahre	+ 25,00 €
+ Spartenbeitrag Erwachsene/r ab 22 Jahre	+ 50,00 €
+ Spartenbeitrag Familie	+ 100,00 €

Bankverbindung:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats



Name des Zahlungsempfängers: Allgemeiner Sportverein Batzhausen e.V. – Abteilung Tennis	
Anschrift des Zahlungsempfängers: Nelkenweg 10; OT Batzhausen 92358 Seubersdorf	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00000570561	
Mandatsreferenz : (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) Mitgliedsnummer	
SEPA-Lastschriftmandat: Ich / Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Allgemeiner Sportverein Batzhausen e.V. , Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinen / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung	
Name des Mitglieds:	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): <small>(Nur ausfüllen wenn Zahlungspflichtiger und Mitglied nicht identisch ist)</small> Straße und Hausnummer: _____ Postleitzahl und Ort: _____	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE _____ _____ _____	
BIC (8 oder 11 Stellen) _____ DE _____ _____	
Ort:	Datum:
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

Bankverbindung: