



SIEGLARER TURNVEREIN 1897 e.V.

Aerobic & Fitness, Basketball, Best Age, Dance, Kampfsport & Kampfkunst, Leichtathletik, Trends, Turnen
Vereinsheim/Geschäftsstelle: Kerchensteiner Straße 21, 53844 Troisdorf-Sieglar
Telefon: 02241 / 40 16 10 **Fax:** 02241 / 87 80 74
Internet: www.sieglarertv.de **E-Mail:** verein@sieglarertv.de

Beitrittserklärung: Best Age

Mitgl.-Nr.:

PDF herunterladen, ausfüllen, speichern und an folgende Adresse versenden: gesundheitssport@sieglarertv.de.

*Name: _____ *Vorname: _____ *Geb.-Datum: . . .

Sind bereits andere Familienmitglieder im STV angemeldet? Vornamen: _____

*Geschlecht: _____

*Straße: _____ *PLZ: _____ *Ort: _____

Telefon: _____ *E-Mail: _____ *Trainer*in: _____

Vertragsbedingungen (zwingend erforderlich):

1. Die Satzung des Sieglarer TV habe ich zur Kenntnis genommen (Link zur Satzungsordnung).
2. Die Beitragsordnung des Sieglarer TV habe ich zur Kenntnis genommen (Link zur Beitragsordnung).
3. Die Datenschutzerklärung des Sieglarer TV habe ich zur Kenntnis genommen (Link zur Datenschutzerklärung).
4. Sowohl die Satzung als auch die Beitragsordnung und die Datenschutzerklärung erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Weiterhin ist mir bekannt, dass sich Änderung auf Grund von Beschlüssen auf den Mitgliederversammlungen zukünftig ergeben können.

*Ort/Datum: _____ *Unterschrift: _____

-bei minderjährigen gesetzliche Vertreter –

*=Pflichtfelder

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur schriftlich oder per E-Mail mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalenderjahres möglich und ist an die Geschäftsstelle (Postanschrift) / E-Mailadresse zu richten.

SEPA Lastschrift Einzugsermächtigung:

SEPA Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000079697

Mandatsreferenz = Kurs-Nummer Zahlungsart: Einmalige Zahlung

Ich ermächtige den Sieglarer Turnverein 1897 e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift

einzuheben. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sieglarer Turnverein 1897 e.V.

auf mein 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.

*IBAN: _____ *Name des Kreditstitutes: _____

Kontoinhaber*in (falls abweichend): Vorname: _____ Nachname: _____

Straße (falls abweichend): _____ PLZ: _____ Ort: _____

Zahlungsweise (bitte ankreuzen)

halbjährlich

jährlich

*Ort/Datum: _____ *Unterschrift: _____

-bei minderjährigen gesetzliche Vertreter –

*=Pflichtfelder

Bankkonten: Kreissparkasse Köln, BIC: COKSDE33XXX IBAN: DE07370502990006002356

VR-Bank Rhein-Sieg e.G., BIC: GENODED1RST IBAN: DE3637069520110296701

Auszufüllen vom/von der Abteilungsleiter*in:

Das neue Mitglied kann aufgenommen werden:

J A N E I N

Unterschrift/Kürzel