MTV Egestorf von 1910 e.V.

Geschäftsstelle: Butengorn 1, 21272 Egestorf,
Tel.: 04175 / 802462, MAIL: mtv-egestorf@t-online.de
IBAN: DE93240603004126193300 BIC: GENODEF1NBU

Antrag auf Aufnahme in den MTV Egestorf von 1910 e.V.

Name **Vorname** **Geburtsdatum**

Straße **Wohnort** **Telefonnummer**

E-Mail

Ich möchte in folgender Abteilung am Sportbetrieb teilnehmen:

○ **Fußball***** ○ **Schwimmen** ○ **Tennis*****

○ **Turnen/Gymnastik/Aerobic/Pilates/Walking**

○ **Tischtennis** ○ **Volleyball** ○ **passiv**

Zutreffendes bitte ankreuzen! ***** = Spartenbeitrag**

Die Beitragshöhe erfahren Sie von den Abteilungsleitern oder in der Geschäftsstelle des MTV Egestorf. Die Satzung, Informationen zum Datenschutz und die Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der Beitrittsbestätigung zugesandt.
Da Beitragszahlungen ausschließlich im Einzugsverfahren erfolgen, habe ich das vorbereitete SEPA Lastschriftmandat ergänzt und unterzeichnet.
Vom nebenstehenden Auszug aus der Satzung des MTV Egestorf (§§ 6 und 7) habe ich Kenntnis genommen.

Datum **Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)**

Aufgenommen in der Vorstandssitzung am:
Beginn der Mitgliedschaft:
Lastschriftmandatsnummer:

Auszug aus der Satzung des MTV Egestorf von 1910 e.V.

§ 6 I. Ordentliches Mitglied kann jede natürliche Person werden. Über den schriftlichen Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand. Der Aufnahmeantrag Minderjähriger bedarf der Unterschrift der Gesetzlichen VertreterInnen.

§ 7 I. Die Mitgliedschaft endet durch Austritt, Ausschluss oder Tod.
II. Der Austritt ist dem Vorstand schriftlich zu erklären. Er ist unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten und nur zum Schluss eines Geschäftsjahres zulässig.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03MTV00000104869

Ich/Wir ermächtige(n) den MTV Egestorf von 1910 e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom MTV Egestorf auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Anschrift)

Kreditinstitut: _____

IBAN:
DE _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift der/des Kontoinhaber(s):