



Hiermit beantrage ich,

Name	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
Email	
Auf Empfehlung von	

die Aufnahme im TFZ Kämpferherzen ab dem:

Mitglieds-Nr.

Des weiteren bin ich mir bewusst, dass im Rahmen von Vereinsveranstaltungen Fotos gemacht werden. Ich erkläre hiermit meine Einwilligung, dass diese Aufnahmen in der Vereinszeitschrift und im Internet verwendet werden dürfen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Jahresbeitrag:(zutreffendes bitte ankreuzen)

Vereinsmitglied	12,00 €
Gönner	20,00 €
Förderer	50,00 €
Ultras	75,00 €

Ort, Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE41ZZZ00002089678 Mandatsreferenz: Name + Mitgliedsnummer

Ich ermächtige ich das TFZ Kämpferherzen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Kreditinstitut an, die vom TFZ Kämpferherzen 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.

Kreditinstitut: BLZ: BIC:

Konto-Inhaber: Konto-Nr.: IBAN: D E _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _

....., den
(Ort) (Datum) Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zu Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)