



**TV Ruhmannsfelden e. V.**  
Adalbert-Stifter-Str. 12  
94239 Ruhmannsfelden  
www.tv-ruhmannsfelden.de  
info@tv-ruhmannsfelden.de

**1. Vorstand**  
Florian Kopp  
Am Sonnenhang 24  
94249 Bodenmais  
Mobil: 0171 2725050

### Beitrittserklärung/Antrag auf Mitgliedschaft

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Geb. am:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_  
**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Hiermit trete ich dem TV 1892 Ruhmannsfelden e. V. zum \_\_\_\_\_ bei.

Sparte:     Tischtennis     Turnen     Kinderturnen     Jumping/Fitness

Einzelbeitrag / -mitglied:     aktiv     passiv

Familienbeitrag / -mitglied:     aktiv     passiv

(bei Familienmitglied, bitte um Angabe des Beitragszahlers (muss ebenfalls ein Mitglied sein):

\_\_\_\_\_

Meine Mitgliedschaft kann jederzeit schriftlich beim Vorstand gekündigt werden. Der Beitrag wird jährlich durch die Einzugsermächtigung eingezogen. Die genannten Bedingungen, sowie die Satzung, die auf der Homepage des Vereins zu finden ist, erkenne ich, bzw. mein gesetzlicher Vertreter mit der Unterschrift an.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Mitglied / gesetzlicher Vertreter

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TV 1892 Ruhmannsfelden e.V.  
Adalbert-Stifter-Str. 12  
94239 Ruhmannsfelden

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE41TVR00000763494

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
TV 1892 Ruhmannsfelden e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
TV 1892 Ruhmannsfelden e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.