



TURNVEREIN DERICHSWEILER 1885 e.V.

VR 479, Amtsgericht Düren
LSB-Vereinsnr.: 2202028

www.tv-derichsweiler.de
anmeldung@tv-derichsweiler.de

Änderungsmitteilung zu meinen Daten

An:

Turnverein Derichsweiler 1885 e.V.

Mitgliederverwaltung
Lothar Hilger
Erlenweg 18
52399 Merzenich

Wenn bekannt, sonst wird
dieses Feld vom Verein ausgefüllt

Hiermit möchte ich dem TV Derichsweiler 1885 e.V. folgende Änderungen meiner personenbezogenen Daten mitteilen.

Titel , Name: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Mobiltelefon: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	Festnetz-Telefon: <input type="text"/>
PLZ / Ort: <input type="text"/>	E-Mail Adresse: <input type="text"/>
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers	Sportgruppe: <input type="text"/>

Bei Kindern benötigen wir die Angaben zu den Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreter.

Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ / Ort: _____	PLZ / Ort: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers / der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Änderung zur Einzugsermächtigung, zur Bankverbindung oder zum SEPA-Lastschriftmandat

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers: TV Derichsweiler 1885 e.V. – Im Lintes 18b - 52355 Düren
Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000027106
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name Kontoinhaber:		<input type="text"/>	
Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		<input type="text"/>	
IBAN:	DE	<input type="text"/>	
BIC: <small>(nur bei ausländischen Banken)</small>	<input type="text"/>	Bank:	<input type="text"/>
Zahlungsweise:	<input type="radio"/> jährlich im Voraus <input type="radio"/> halbjährlich im Voraus		
Ort:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>
Unterschrift des Kontoinhabers		<input type="text"/>	

Die ausgefüllte Seite bitte ausdrucken und unterschrieben abgeben oder schicken.