


Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im TuS Lendringsen 1894 e.V.

<p>Angaben zur Person :</p> <p>Vorname : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Name : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Straße Nr. : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>PLZ, Ort : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Geb.-Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Geb.-Ort : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Nationalität : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Telefon : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Handy-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Email : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Eintritts-Datum : <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Ort, Datum <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">_____ Unterschrift</p> <p style="text-align: center;">_____ Ges. Vertreter bei Minderjährigen</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Abteilung Judo</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; text-align: center; margin: 20px 0;"> <p>Aktuelles Passbild</p> <p>Name auf der Rückseite</p> </div> <p>Die aktuellen Beiträge entnehmen sie bitte der Internetseite.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Auch auf Facebook Liken - TuS Lendringsen 1894 e.V. Judo Internet : www.tus-lendringsen-judo.de Email : info@tus-lendringsen-judo.de</p> <p style="text-align: center;">Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nur schriftlich möglich! Gläubiger ID Abt.: DE15T2A00000776378</p>
---	---

TuS Lendringsen 1894 e.V. - Postfach 1227 - 58695 Menden - Gläubiger Identifikationsnummer : DE15T2A00000776378

SEPA – Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger TuS Lendringsen 1894.e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TuS Lendringsen 1894 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.

Name, Vorname (Kontoinhaber) :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PLZ, Ort :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
IBAN :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
BIC :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ort : <input style="width: 150px;" type="text"/>	Datum : <input style="width: 150px;" type="text"/>

Unterschrift Kontoinhaber : _____

Hinweis: Die Bankdaten IBAN und BIC stehen auf Ihrem Kontoauszug.

Der Beitragseinzug erfolgt zum 17. Februar 17. Mai 17.August 17.November eines jeden Jahres.
 Fällt dieses Datum auf ein Wochenende oder Feiertag, buchen wir automatisch am nächsten Werktag ab.
 Die Anmeldegebühr und der Restbeitrag bis zum Quartalsende, wird zum Monatsletzten des Anmeldemonats eingezogen.