



ÄNDERUNGSMITTEILUNG STAMMDATEN MITGLIEDER

Name des Mitglieds

Mitgliedsnummer

Änderung persönlicher Daten

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

Email _____

Bei Minderjährigkeit des Antragstellers

Sorgeberechtigter 1 Sorgeberechtigter 2

Name, Vorname _____ _____

Straße, Nr. _____ _____

PLZ, Wohnort _____ _____

Tel.-Nr. _____ _____

Email _____ _____

Änderung der Bankverbindung

Änderung der Beitragshöhe und Zahlweise

Nachträgliche Ermächtigung zum Beitragseinzug im Lastschriftverfahren

SEPA-Lastschriftmandat
 -Identifikationsnummer: DE10TSG0000090872
 Mandatsreferenz: _____ wird vom Verein vergeben
 hiermit ermachtige(n) ich/wir die TSG Schkeuditz e.V., Zahlungen von meinem/unsere(m) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der TSG Schkeuditz auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unsere(m) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
 Beiträge im Lastschriftverfahren werden wiederkehrend bis zum Erlöschen der Mitgliedschaft für das 1. Halbjahr am 1. April und für das zweite Halbjahr am 1. Oktober eines Jahres eingezogen. Sollte der Fälligkeitstag kein Bankarbeitstag sein, erfolgt die Abbuchung am nächsten auf diesen Termin folgenden Bankarbeitstag.
 Bei Rücklastschriften, welche die TSG Schkeuditz nicht zu vertreten hat, trägt der/die Zahlungspflichtige(n) alle anfallenden Gebühren.
 Die Finanzordnung der TSG Schkeuditz e.V. (unter www.tsg-schkeuditz.de) habe/n ich/wir gelesen und stimme/n mit meiner/unsere(r) Unterschrift zu.

Der Beitrag in Höhe von 120,-€ Erwachsene 84,-€ Kinder 60,-€ RehaSport m. Rez. Zusatzbeitrag Höhe _____ mtl. €
 Materialgebühr Ski _____ mtl. €

wird jährlich (zum 01.04.) halbjährlich (zum 01.04. und 01.10.) per Lastschrift von meinem Konto abgebucht.

Kontoinhaber _____
 (evtl. abweichende Adresse zum Mitglied bitte vollständig eintragen)

IBAN DE _____ **BIC** _____

Datum _____ **Unterschrift Kontoinhaber** _____

Datum

Unterschrift Mitglied

Unterschrift Sorgeberechtigter 1

Unterschrift Sorgeberechtigter 2

(Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, so versichert dieser, im Einverständnis des 2. Sorgeberechtigten zu handeln)