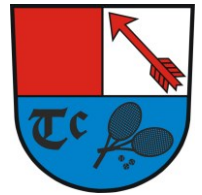


# Aufnahmeantrag

TC Schechingen e.V., 1. Vorsitzender: Daniel Schuster, Limesstraße 3, 73579 Schechingen



**WICHTIG:** Dieser Aufnahmeantrag ist zweiseitig. Für eine Mitgliedschaft ist es zwingend notwendig, einem SEPA-Lastschriftmandat zuzustimmen.\* Dieses befindet sich auf der zweiten Seite.

	Vorname	Name	Geburtsdatum	Aktiv / Passiv
Hauptmitglied:	_____			
Lebenspartner:	_____			
Kinder:	_____			
	_____			
	_____			

Kinder über 18 Jahren müssen auf Einzelbeitrag wechseln.

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich zur Verarbeitung (bspw. Verbandsmeldung, Beantragung von Förderungen, Vereinsverwaltung, usw.) meiner/unserer Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mail, Telefon, Bankverbindung) im Rahmen der DSGVO durch den TC Schechingen e.V. ein:	Ja: <input type="radio"/>
Ich stimme der Veröffentlichung von Bildern, die mich bzw. uns abbilden, auf der Vereinswebseite, Printmedien sowie diversen Social-Media-Kanälen, sowie meines/unseres Namens, zu (bitte rechts ankreuzen)	Ja: <input type="radio"/>
	Nein: <input type="radio"/>

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Unterschrift\*: \_\_\_\_\_

\*bei Minderjährigen Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Mitgliedsbeitragsstruktur des TC Schechingen e.V.	Jahresbeitrag
Softball Mitglied	0,00€
Passives Mitglied	20,00 €
Aktives Mitglied bis 18 Jahre	35,00 €
Aktives Mitglied 18-24 Jahre	60,00 €
Aktives Mitglied ab 24 Jahre	100,00 €
Aktive mit Partner/Kinder bis 18 Jahre	150,00 €

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TC Schechingen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schafwiesenstr. 17

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

73579 Schechingen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE32ZZZ00000926713

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TC Schechingen e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TC Schechingen 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor TC Schechingen e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor TC Schechingen e.V..

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: