



Mitgliedsnummer:\*

EINMAL **GRASTRUP-RETZEN**, IMMER **GRASTRUP-RETZEN!**

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **TuS „Rot-Weiß“ e.V. Grastrup-Retzen** mit Wirkung vom:

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

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

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl.  weibl.  div.

eMail: \_\_\_\_\_

Gleichzeitig erkenne ich die Vereinssatzung und die von der Mitgliederversammlung beschlossenen Beiträge an. Bei Rechnungsstellung wird eine Bearbeitungsgebühr von 5 Euro erhoben.

Mir ist bekannt, dass ein Vereinsaustritt nur mit schriftlicher Erklärung zum 30. Juni oder 31. Dezember des Jahres möglich ist. Mit Beitritt besteht Versicherungsschutz bei Sportunfällen durch die Sporthilfe e.V.

**Diese Unfälle sind unverzüglich dem / der Sozialwart\*in zu melden!**

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
bei Minderjährigen der ges. Vertreter

### Jahresbeiträge ab 01.01.2025:

#### Mitgliedschaft

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre

Jugendliche bis 23 Jahre (Schüler, Auszubildende, Studenten) auf Antrag

Passive Mitgliedschaft

Aktive Mitgliedschaft über 18 Jahre

Familienmitgliedschaft (Jugendliche bis 18 Jahre / auf Antrag bis 23 Jahre)

#### Beitrag

72 EUR

72 EUR

24 EUR

96 EUR

192 EUR

Ich bin aktiv

Ich bin passiv

Übungsleiter\*in

### in der Abteilung

Breitensport/Turnen

Fußball Jugend

Fußball Senioren

Ein Familienangehöriger ist bereits Mitglied im **TuS „Rot-Weiß“ e.V. Grastrup-Retzen**

Ja

Nein

Bitte nur vollständig ausgefüllte Beitrittserklärungen abgeben.

Bei Familienmitgliedschaft ist für jedes Mitglied eine eigene Beitrittserklärung abzugeben.

**Bitte wenden!**

\* wird vom Verein ausgefüllt

### KONTAKT

*Adr.* Lemgoer Straße 97 a,  
32108 Bad Salzuflen

*Mail.* info@tus-grastrup-retzen.de

*Web.* tus-grastrup-retzen.de

*fb.* facebook.com/tusgrastrupretzen

### SPORTSTÄTTEN

> Sportplatz Grastrup

> Turnhalle Retzen

### VEREINSLOKAL

> Landgasthof Lehmeier, Grastrup

### BANK / STEUER

*Sparkasse Lemgo*

IBAN DE09 4825 0110 0007 0150 50  
BIC WELADED1LEM

*Volksbank Bad Salzuflen*

IBAN DE95 4829 1490 0123 3447 00  
BIC GENODEM1BS

*Finanzamt Detmold*

STEUER-NR. 313 / 5903 / 1405

### OFFIZIELLER BIERPARTNER



**Privat-Brauerei Strate Detmold**

1925

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

TuS Rot-Weiß e.V. Grastrup-Retzen

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Lemgoer Straße 97a

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

32108 Bad Salzuflen

**Land / Country:**

D

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE75ZZZ000008244671

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

(Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above).

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****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):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**