



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 | Beitrag |
|---|---------|
| Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre | 72 EUR |
| Jugendliche bis 23 Jahre (Schüler, Auszubildende, Studenten) auf Antrag | 72 EUR |
| Passive Mitgliedschaft | 24 EUR |
| Aktive Mitgliedschaft über 18 Jahre | 96 EUR |
| Familienmitgliedschaft (Jugendliche bis 18 Jahre / auf Antrag bis 23 Jahre) | 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:**