

Mitgliedschaft beim Frauenfußballteam des TSV Wolfschlugen



Ich beantrage ab _____ die Mitgliedschaft beim
Frauenfußballteam des TSV Wolfschlugen

Name: _____
Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Fax: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____

Erwachsene
 Jugendliche bis 18 Jahre
 Schülerin / Studentin / AZUBI bis 25 Jahre
(mit Nachweis)
 Passiv

Unterschrift: _____

Jahresmitgliedsbeitrag für die Mannschaftskasse (für Ausgaben für den geselligen Teil)

Erwachsene	48,00 €
Jugendliche bis 18 Jahre	36,00 €
Schüler/Studenten/AZUBI bis 25 Jahre (mit Nachweis)	24,00 €
Passiv	12,00 €

Zahlungsart:

Überweisung:
Lastschrift:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige Sie hiermit, den Jahresmitgliedsbeitrag im Lastschriftverfahren bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen.
(Nur wenn Bankverbindung angegeben ist).

Bankverbindung:

Kto/ IBAN _____

BLZ / BIC: _____

Bank: _____

Kto. Inhaber: _____

Unterschrift (bei Jugendlichen, die Eltern oder gesetzlichen Vertreter)