



# TV 1846 Bretten e.V.

## Geschäftsstelle:

Withumanlage 7  
75015 Bretten  
Tel.: 07252 / 9754777  
Mail: info@tv-bretten.de

## Öffnungszeiten:

Mo. - Fr. 08:30 - 11:30 Uhr  
Mi. 15:00 - 18:00 Uhr  
Homepage: [www.tv-bretten.de](http://www.tv-bretten.de)

## Aufnahmeantrag Kindersportschule

männlich

weiblich

Vorname, Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer oder Handynummer

Mailadresse

Geburtsdatum

Mein Kind startet in folgender Gruppe:

Ort

Tag

Uhrzeit

Weitere Kinder sollen bei der Kindersportschule angemeldet werden:

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Bereits bei der Kindersportschule angemeldet:

Vorname, Nachname

Der Beitrag wird Anfang des Monats eingezogen. Austritte müssen spätestens sechs Wochen zum Quartalsende schriftlich an die Geschäftsstelle erfolgen.

### Einverständnis für die Datenspeicherung

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der auf diesem Aufnahmeantrag enthaltenen Daten, gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes für Vereinszwecke, bin ich einverstanden.

Mein Kind ist bereits Mitglied beim TV1846 Bretten e.V.

Der Mitgliedsantrag für den TV 1846 Bretten e.V. ist beigelegt

Mein Kind ist Mitglied beim:

TV Großvillars

TSG Bruchsal

TSV Zaisenhausen

Ort, Datum

Unterschrift oder elektronische Signatur

# Beiträge Kindersportschule TV 1846 Bretten e.V. (gültig ab 01.01.2023)

## Beiträge monatlich

1 Stunde € 20,-

1 Stunde Eltern-Kind-Sport € 14,-

(Bitte den richtigen Beitrag ankreuzen, Geschwisterkind € 2,50 Rabatt)

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:** TV 1846 Bretten e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:** Withumanlage 7, 75015 Bretten

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE26ZZZ00000129287

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein /weisen wir unserem 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.

### Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Vorname, Nachname Kontoinhaber

IBAN

Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift oder digitale Signatur Kontoinhaber