

# Beitrittserklärung

TSV Grünbühl e.V.  
Pregelstr. 5 – 7  
71638 Ludwigsburg



Einzelmitgliedschaft     Familienmitgliedschaft<sup>1</sup>     Bitte ändern Sie folgende Daten<sup>2</sup>

ab  sofort

\_\_\_\_\_ (Eintrittsdatum/Änderungsdatum)

Abteilung:     Fußball Herren             Fußball Jugend             Fußball AH  
                   Tischtennis                     Frauenturnen             Kinderturnen

Geschlecht:             männlich     weiblich    Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

*Sind Familienmitglieder bereits Vereinsmitglieder?*

ja     nein    MitgliedsNr.: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>)Bitte nachfolgend die Familienmitglieder eintragen

*Bei Familienmitgliedschaft – Eintritt folgender Angehöriger:*

Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Abteilung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<sup>2</sup>)Bei meiner bestehenden Mitgliedschaft haben sich Änderungen (z.B. Kontoverbindung, Adresse, Abteilung) ergeben.

*Ich beantrage einen ermäßigten Beitrag (**bitte Nachweis beilegen**):*

Grund:     Rentner (m/w)                     Schüler/Student/Azubi **ab 18 J.** (m/w)  
                   Schwerbehindert (m/w)            voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

Der Unterzeichnende erklärt seinen Beitritt zum TSV Grünbühl e.V. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Vereinssatzung an.

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen- Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

# SEPA-Lastschriftmandat

TSV Grünbühl e.V.  
Pregelstr. 5 – 7  
71638 Ludwigsburg



Ich ermächtige den TSV Grünbühl e. V. (Gläubiger-ID: DE17ZZZ00000956083), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TSV Grünbühl e. V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*Hinweis:* Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_  
Anschrift Kontoinhaber (wenn abweichend von Mitglied):

IBAN: | D E \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber

## Beitragshöhe pro Jahr seit dem 01.01.2024:

Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr:	120,00 €	
Kinder und Jugendliche:	80,00 €	
Familien und Lebensgemeinschaften (Eltern + Kinder bis zum 18. Lebensjahr:	150,00 €	
Schüler / Studenten / Azubis ab 18 J.(m/w)	} 80,00 €	
Rentner (m/w)		} 80,00 €
Schwerbehinderte (m/w)		

*Schülern, Studenten und Auszubildenden, sowie Rentnern und Schwerbehinderten, wird auf Antrag der ermäßigte Beitrag gewährt.*