

# Turn- und Sportgemeinschaft Calbe/Saale e.V.

Schloßstraße 3

39240 Calbe/Saale



## Antrag zur Aufnahme als Mitglied der TSG Calbe/Saale e.V.

1.) Die Mitgliedschaft wird beantragt für:

Name: <sup>1)</sup>	Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ:	Ort:	Straße:
Telefon:	Sportart: <b>Fußball</b>	Beitrittsdatum:
Geschlecht: <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Mitgliedschaft: <sup>2)</sup> aktiv	

2.) **Mitgliedsbeiträge** lt. Beschluss der Mitgliederversammlung – gültig ab **01.03.2023**

Mitglieds-kategorie	bei jährlicher Zahlung	bei halbjährliche Zahlung	Aufnahmegebühr
Erwachsene	<b>120,00 Euro</b>	<b>60,00 Euro</b>	11,50 Euro
Studenten / Auszubildende	<b>60,00 Euro</b>	<b>30,00 Euro</b>	11,50 Euro
Jugendliche unter 18 Jahren	<b>60,00 Euro</b>	<b>30,00 Euro</b>	6,50 Euro
Rentner, stille Mitglieder	<b>90,00 Euro</b>	<b>45,00 Euro</b>	1,50 Euro

(In der Aufnahmegebühr sind die Kosten für den Spielerpass enthalten.)

Zahlungsart: <sup>2)</sup>    jährlich    halbjährlich    Lastschrift    Barzahlung

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

.....  
Unterschrift gesetzl. Vertreter

<sup>1)</sup> Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden!

<sup>2)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen

**SEPA-Lastschriftmandat**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

Zahlungsempfänger  
<->  
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Turn-und Sportgemeinschaft Calbe/S. e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Schloßstr. 3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
39240 Calbe (Saale)

Land / Country:  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:  
DE94ZZZ00002143432

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

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

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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:  
Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: