



Männer-Turn-Verein Seesen von 1862 e.V.
Hochstraße 6, 38723 Seesen
Tel.: 05381/3662

Im Internet unter: <http://www.mtv-seesen.de>
E-Mail: gs@mtvseesen.de
Öffnungszeiten: Mo 15.00-17.00 Uhr, Mi. + Fr. 10.00-12.00 Uhr

Anmeldung nur für Ballett

Eingang(intern)

Die Aufnahme in die Ballett-Abteilung ist nur möglich, bei gleichzeitiger Mitgliedschaft im MTV Seesen.

Name	Eintritt zum:
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	
Vorname	Geburtsdatum:
PLZ: Ort:	Telefon:
	privat dienstl.
Straße, Nr.:	Wichtig! E-Mail:

Änderungen: Wohnungswechsel, Hochzeit, Arbeitslosigkeit, Studium, Ausbildung, sowie Änderung der Bankverbindung bitte umgehend der MTV-Geschäftsstelle mitteilen!

Datenschutz: Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung gemäß Bundesdatenschutzgesetz der auf dem Datenerfassungsbogen enthaltenen Daten für Zwecke des MTV Seesen v. 1862 bin ich einverstanden.

Abmeldung: Nur schriftlich zum Ende des darauffolgenden Monats.

Abteilungsbeitrag: EURO 18,00 monatlich; der Abteilungsbeitrag ist zusätzlich zum Vereinsbeitrag des MTV Seesen zu entrichten. Die Berechnung des Beitrages läuft das ganze Jahr durch, unabhängig von Ferien oder sonstigen Ausfällen. Der Einzug des Abteilungsbeitrages erfolgt jeweils zum 5. Bankarbeitstag eines Monats.

Mit der Unterschriftsleistung bei Minderjährigen erklären ich/wir mich/uns als gesetzliche Vertreter bereit, für Beiträge und Gebühren des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnis einzutreten.

Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen: Bitte alle „Gesetzliche Vertreter“)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE98ZZZ00000071246

Mandatsreferenz (Mandate reference(to be completed by the creditor): Wird ihnen mit gesonderter Post mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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 the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and 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.

 Wiederkehrende Zahlung

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Bank:

Seesen

Ort

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift