



Turn und Gymnastikgemeinschaft Welschingen e.V.
 Geschäftsstelle, Dorfstr.11, 78234 Engen-Welschingen
 Tel.: 07733-504717 Mail: tgwelschingen@hegaudata.de
 Gläubiger-ID: **DE96ZZZ00000995498**
 Sparkasse Engen-Gottmadingen

IBAN: DE24 6925 1445 0005 2087 56 BIC: SOLADES1ENG

Aufnahmeantrag

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.	Gruppe
_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.	Gruppe
_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.	Gruppe
_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.	Gruppe

Strasse _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Aufnahme als: Familienmitgliedschaft Einzelperson Passives Mitglied

Ich erkenne die Satzung und Ordnung des Vereins an.
 Ich stimme zu, dass Fotografien meiner/unserer Person bei Übungsstunden und Veranstaltungen veröffentlicht werden dürfen.

Name (in Druckbuchstaben) _____ Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Eine **Kündigung** der Mitgliedschaft ist mit einer **Frist von 30 Tagen** halbjährlich zum **30.06.** und **31.12.** des Kalenderjahres möglich. **Die Kündigung muss schriftlich an die Geschäftsstelle erfolgen.**

* Es werden bei Überschneidungen von Einzug und Kündigung keine Beiträge zurück erstattet.

Derzeitige ½ jährliche Beiträge: (ab 2011)

- 18 Euro 1 Kind / Jugendlicher*
- 25 Euro 2 und mehr Kinder / Jugendliche*
- 25 Euro 1 Erwachsener
- 55 Euro Familienbeitrag (2 Erwachsene u. mindestens 1 Kind / Jugendlicher*)
- 12 Euro Passivbeitrag – (jährlich – Abbuchung im 2. Halbjahr)

* Kinder / Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

- Für Inhaber des Sozialpasses der Stadt Engen gewähren wir einen Nachlass von 50 %

Einzugsermächtigung für Mitgliedsbeiträge – SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die TG-Welschingen e.V. – Gläubiger-ID: **DE96ZZZ00000995498** fällige Mitgliedsbeiträge, wiederkehrende fällige Abbuchungstermine zum 01.04. und 01.10. eines Kalenderjahres, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Kontoinhabers _____ Vorname _____

Straße: _____ PLZ _____ Ort: _____

Kreditinstitut: _____ Ort: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____