

Turn- und Sportverein Schwerin e. V.  
c/o Christine Schäfer  
Demmlerstraße 12  
19053 Schwerin

## Aufnahmeantrag

Die Mitgliedschaft im Turn- und Sportverein Schwerin e. V. wird beantragt für die Abteilung

### Capoeira

von

Name

Vorname

geb. am

in

Wohnanschrift

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Schule / Arbeitsstätte:

Telefonnummer:

Privat

dienstlich

Handy

E-Mail-Adresse:

Der Posteingang im E-Mail-Postfach wird wöchentlich von mir/uns kontrolliert. Mein/Unser Einverständnis liegt vor, dass Mitteilungen des Vereins an uns per E-Mail zugesandt werden können.

Mir/Uns ist bekannt, dass die Zahlung des Mitgliedsbeitrags monatlich und nur per Lastschrifteinzug erfolgt. Dazu wird von \_\_\_\_\_ ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.  
Name des Kontoinhabers

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags wird durch Beschluss der Abteilungsmittgliederversammlung festgelegt und beträgt für das o. g. Mitglied derzeit \_\_\_\_\_ €. Die Aufnahmegebühr beträgt \_\_\_\_\_ €.

Der Austritt aus dem Verein bedarf bei einer Kündigungsfrist von einem Monat einer schriftlichen Kündigung zum Quartalsende.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

bei Minderjährigen Unterschrift  
eines Erziehungsberechtigten

Turn- und Sportverein Schwerin e. V.  
Postfach 150 162, 19031 Schwerin  
zende: Christine Schäfer

Steuernummer: 090 142 00 387  
Vereins-Nr. beim LSB MV: 0020 643  
Eingetragen beim Vereinsregister Schwerin

Bankverbindung:  
Sparkasse Mecklenburg-Schwerin 1. Vorsitz  
IBAN: DE70 1405 2000 0370 0242 22el: 0385 550 88 38

Turn- und Sportverein Schwerin e. V.  
c/o Christine Schäfer  
Demmlerstraße 12  
19053 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
**DE83ZZZ00000900478**

\_\_\_\_\_ **Nr.**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit dem Turn- und Sportverein Schwerin e. V. Zahlungen im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft

**von** \_\_\_\_\_ im Turn- und Sportverein Schwerin e. V. von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Turn- und Sportverein Schwerin 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift