



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
-----	-------	--------------