



## Anmeldung als Mitglied im **TV 1905 Oberndorf e.V.**

Vorname : .....  
Name : .....  
Straße : .....  
PLZ, Wohnort : .....  
Geburtsdatum : .....  
Telefon : ..... E-Mail-Adresse.....  
Eintritt zum\* :  01.01.201\_  01.04.201\_  01.07.201\_  01.10.201\_

### Anmeldung für folgende Abteilung\*:

- Badminton
- Fußball
- Move & Box
- Tischtennis
- Volleyball
- Tennis:                     Tennis + TVO                     nur Abt. Tennis (bereits TVO-Mitglied)
- Turnen u. Gymnastik:  „50 Plus“                     Frauen-Gymnastik                     Gerätturnen / Wettkampf  
 Jazz-Dance                     Eltern-und-Kind-Turnen                     Gerätturnen / Breitensport  
 Tanz-Garde                     Aerobic/Fitness                     Fit in den Tag  
 Line-Dance                     Nordic Walking                     Rückengymnastik

Die Höhe der Mitgliedsbeiträge und weitere Informationen können Sie dem Beiblatt „Informationen zur Mitgliedschaft im TV Oberndorf 1905 e.V.“ entnehmen.

Ich melde mich hiermit als Mitglied im TV Oberndorf 1905 e.V. an:

.....  
(Unterschrift)

.....  
(Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen)

\* Zutreffendes bitte ankreuzen !



## SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: **TV 1905 Oberndorf e.V.**  
Straße und Hausnummer: **Jahnstraße 75**  
Postleitzahl und Ort: **35606 Solms**  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE85TVO00000024047**  
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den TV 1905 Oberndorf e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (TV 1905 Oberndorf e.V.) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**  
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): .....  
Straße und Hausnummer: : .....  
Postleitzahl und Ort: .....  
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): **DE** .....  
BIC (8 oder 11 Stellen): .....

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.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Kontoinhabers)