



Team Klinikum Nürnberg e.V.

Mitglied des Bayerischen Landes-Sportverband e.V.

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den Verein Team Klinikum Nürnberg e. V. (TKN e.V.). Durch Unterschrift werden die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins anerkannt. Bei Minderjährigen verpflichtet sich der den Antrag unterzeichnende Vertretungsberechtigte neben dem Minderjährigen zur Zahlung des Mitgliedbeitrages. Die Mitgliedschaft gilt für jeweils ein Kalenderjahr. Eine Kündigung ist nur zum Ende des Kalenderjahres möglich und muss spätestens 4 Wochen vorher schriftlich erfolgen. Sollte der Termin versäumt werden, bleibe ich automatisch ein weiteres Jahr Mitglied.

<u>Ich wünsche folgende Mitgliedschaft</u>		<u>Jahresbeitrag</u>	
<input type="checkbox"/>	A-Mitglied	ordentliches Mitglied ab 18 Jahre	72,00 €
<input type="checkbox"/>	B-Mitglied	Jugendliche 14-17 Jahre, Arbeitslose, Schüler, Studenten, Azubis Ende der Ausbildung:	36,00 €
<input type="checkbox"/>	C-Mitglied	Kinder bis 13 Jahre	36,00 €
<input type="checkbox"/>	D-Mitglied	Fördermitglied	ab 100,00 €
<input type="checkbox"/>	E-Mitglied	Senioren ab 60 Jahre	50,00 €
<input type="checkbox"/>	F-Mitglied	Familien / Lebensgemeinschaften (alle Kinder bis 17 Jahre)	90,00 €
			Stand: 01.01.2011

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Angaben zur F-Mitgliedschaft:

Nachname _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Beruf _____
 Telefon _____
 Fax _____
 E-Mail _____
 Mobil-Tel. _____
 Sportart/Sparte(n) _____

① Nachname _____
 Vorname _____
 Geb.dat. _____
 Sparte(n) _____
 ② Nachname _____
 Vorname _____
 Geb.dat. _____
 Sparte(n) _____
 ③ Nachname _____
 Vorname _____
 Geb.dat. _____
 Sparte(n) _____

Ort und Datum _____

Unterschrift (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen) _____



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für eine wiederkehrende Lastschrift:

Zahlungsempfänger	Team Klinikum Nürnberg e. V., Preysingstr. 10, 90475 Nürnberg	
	Gläubiger-ID DE92ZZZ00000209579	Mandatsreferenz-Nr. *

Kontoinhaber	<input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben	
	Name:	Vorname:
	PLZ/Ort:	Straße:
	IBAN: DE __ ____ ____ ____ ____ ____	
Name der Bank:		BIC:

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift	Ich/wir ermächtige(n) den Verein Team Klinikum Nürnberg e. V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Team Klinikum Nürnberg e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/wir kann/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.
--	--

Nur bei minderjährigen Mitgliedern:	Dieses Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____ Vorname und Name
-------------------------------------	--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vor dem ersten Einzug einer SEPA- Basis- Lastschrift wird mich/ uns das Team Klinikum Nürnberg e. V. über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber/ den Kontoinhaber(n) mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Bitte ausgefüllt senden...

per Post an: Katja Wacker Fischhofer Weg 7 91154 Roth-Heubühl	gescannt per E-Mail an: schatzmeister@team-klinikum-nuernberg.de
--	---

Wird vom Verein ausgefüllt:

aufgenommen am: _____	von: _____
Mitgliedsnummer _____	① _____ ② _____ ③ _____
Sonstiges: _____	_____