



An den

TSV Schwarz-Weiß Hannover  
Sahlkamp 134  
30179 Hannover

### Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in den TSV Schwarz-Weiß Hannover e.V., Sahlkamp 134, 30179 Hannover und erkenne die Satzung und die Mitgliedsbeiträge an.

Name ..... Vorname .....

PLZ/Ort ..... Straße/Nr. ....

Geburtsdatum ..... E-Mail .....

Telefon (p) ..... Mobil .....

Telefon (d) ..... Beruf .....

Ich bin mit der Speicherung dieser Daten in der Vereins-EDV einverstanden.

**Beitragsgruppe bitte ankreuzen:**

Erwachsene	Kinder von aktiven Mitgliedern	Kinder, deren Eltern keine aktiven Mitglieder sind
<input type="radio"/> Regelbeitrag: 280 € <input type="radio"/> Schüler / Studenten Auszubildende bis 25 Jahre: 140 € <input type="radio"/> Ehepaar / eingetragene Lebenspartnerschaft: 235 €	<input type="radio"/> bis 18 Jahre und Schüler / Studenten / Auszubildende bis 25 Jahre: 1./2./3. Kind: 65 € / 43 € / 22 € <input type="radio"/> weitere Kinder sind beitragsfrei	<input type="radio"/> bis 6 Jahre: 1./2./3. Kind: 65 € / 33 € / 16 € <input type="radio"/> von 7 - 18 Jahre: 1./2./3. Kind: 118 € / 54 € / 22 €

Der Regelbeitrag für passive Mitglieder beträgt 65 €, als Ehepaar bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft je 50 €.

### Einzugsermächtigung

Die Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft. Bitte füllen Sie das entsprechende beigefügte Formular aus. Vielen Dank.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller bzw. Erziehungsberechtigte\*r



**An den**

**TSV Schwarz- Weiß Hannover e.V.  
Sahlkamp 134  
30179 Hannover**

Gläubigeridentifikationsnummer: DE88ZZZ00000328185  
Mandatsreferenz: entspricht Ihrer Mitgliedsnummer, die wir Ihnen mitteilen.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Tennis- und Sportverein Schwarz-Weiß Hannover e.V., Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Der SEPA-Einzug erfolgt für Mitgliedsbeiträge, Trainingsentgelte sowie für die Abrechnung von Arbeitsdiensten. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein 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.

**Vor- und Nachname  
Kontoinhaber\*in**

---

**Straße / Nr.:**

---

**PLZ / Ort:**

---

**IBAN:**

---

**BIC:**

---

**Kreditinstitut**

---

---

Datum / Ort

---

Unterschrift Kontoinhaber\*in

---

Unterschrift Mitglied bzw.  
Erziehungsberechtigte\*r