



Verein für Gesundheits- &
Rehabilitationssport Tabarz e.V.
Mauerstr. 36a
99867 Gotha

Fon Gotha 03621 3517046

gotha@gesundheitsport-tabarz.de

Vereinsvorsitzende
Maritta Plaschke

Stellvertreter
René Spangenberg

Schatzmeister
Hans-Dieter Klose

VR-Nr. 14 1236
Steuer Nr. 156/142/07210

Kreissparkasse Gotha
BIC: HELADEF1GTH1
IBAN: DE68820520200410004014

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich auf freiwilliger Basis die Mitgliedschaft im Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V..

Folgende Bestandteile sind in der Mitgliedschaft enthalten:

Sport- Anwendungen in einer Erwachsenen oder Kinder- Abteilung, je nach Vertrag, 1 - 2 x wöchentlich (siehe Rückseite)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Email _____

Abteilung _____

Die Mitgliedschaft beginnt am: _____

Die Mitgliedschaft endet am: _____

Angebote des Vereins für Erwachsene:
Freizeitsport
Rehabilitationssport
Bodycross
Zumba

Angebote des Vereins für Kinder:
Kindersport für 2 -5 Jährige
Kindersport ab 6 Jahren
Ringen
Schwimmen

Die Satzung habe ich gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift (gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

BEITRAGSORDNUNG

- Kindersport 10,- € monatl.
- 1x wöchentlich nur Trockenkurs 20,- € monatl.
- 1x wöchentlich Wechsel Nass/Trocken 25,- € monatl.
- 1x wöchentlich nur Wasser 25,- € monatl.
- 2x wöchentlich nur Trockenkurs 30,- € monatl.
- 1x Wasser- und 1x Trockenkurs/ Woche 35,- € monatl.
- 2x wöchentlich nur Wasser 40,- € monatl.

Die erste Abbuchung erfolgt ab dem: _____

Die Beitragszahlung erfolgt durch monatlichen Einzug vom Konto.

Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Monatsende und muss schriftlich an den Vorstand erfolgen. Es besteht die Möglichkeit einer monatlichen Stilllegung. In diesem Fall erlauben wir uns eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 5,00€ zu erheben.

Erteilung einer Einzugermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

(Vor dem 1. Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.)

Name des Zahlungsempfängers: Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V.
 Anschrift des Zahlungsempfängers: Mauerstr. 36a, 99867 Gotha
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00000814650
 Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger ausfüllen): _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittel Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verein für Gesundheits- und Rehabilitationssport Tabarz e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

IBAN des Zahlungspflichtigen max. 22 Stellen):DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

 Gotha, Datum

 Unterschrift(en) Zahlungspflichtige/r Kontoinhaber)

Bearbeiter des Vereins: _____

Unterschrift