

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im **TEAM AR SPORT e.V. (TEAM BLAU)** und erkläre meinen Eintritt als Mitglied zu folgendem Jahresbeitrag:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Erwachsene aktiv | 75 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 12 Jahre, passive Jugendliche bis 18 Jahre | 0 € |
| <input type="checkbox"/> aktive Jugendliche ab 12 bis 18 Jahre
Azubis, SchülerInnen, StudentInnen (Nachweis) | 40 € |
| <input type="checkbox"/> Rentner (Nachweis) | 40 € |
| <input type="checkbox"/> Ehepaare, ehegleiche und eheähnliche Partnerschaft | 115 € |
| <input type="checkbox"/> Familie 1: 1 Erw. + Kinder bis 18 Jahre (aktive) | 95 € |
| <input type="checkbox"/> Familie 2: 2 Erw. + Kinder bis 18 Jahre (aktive) | 135 € |
| <input type="checkbox"/> passives Mitglied | 25 € |
| <input type="checkbox"/> Zusätzlich unterstütze ich die Arbeit des TEAM AR SPORT e.V. (TEAM BLAU)
jährlich mit einer Spende in Höhe von € | |

Triathlon auf Anfrage!

Ich versichere, mich stets sportlich fair und den Regeln der Vereinssatzung gemäß zu verhalten und das Ansehen von Verein, Mitgliedern und Sponsoren in der Öffentlichkeit zu wahren und zu pflegen.

Der TEAM AR SPORT e.V. ist vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannt. Spenden können von der Steuer abgesetzt werden. (Ab einer Jahresspende von 100 Euro stellt der TEAM AR SPORT e.V. Ihnen automatisch eine Spendenquittung aus. Bei geringeren Spenden reicht dem Finanzamt ein Kontobeleg).

Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

eMail _____

Telefon _____ Handy _____

Eintrittsdatum _____

Ort, Datum, Unterschrift

TEAM AR SPORT e.V., Steinheimer Str. 7, 74321 Bietigheim-Bissingen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE10ZZZ00001228294 Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TEAM AR SPORT e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TEAM AR SPORT e.V. 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

Land, Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort, Unterschrift(en)