



Wechsel Eltern-Kind-Turnen

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Kind | | <input type="text"/> | |
| | | Geburtsdatum | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Name | | Vorname | |

Mein Kind **wechselt** ab sofort in folgende Gruppe, bzw. Abteilung(en) und wird damit selber beitragspflichtig:

| | |
|---|---|
| Abteilung: | |
| <input type="checkbox"/> Turnen | 01 (Kinderturnen, Förderturnen, Turnschule) |
| <input type="checkbox"/> Handball | 02 |
| <input type="checkbox"/> Volleyball | 03 |
| <input type="checkbox"/> Leichtathletik | 04 |

| | |
|--|----------------------|
| X | <input type="text"/> |
| Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten | |

Ich bin bisher mit meiner Tochter / meinem Sohn beim Eltern-Kind-Turnen und möchte

Mitglied im Turnverein Spaichingen 1863 e. V. bleiben Ja Nein

| | | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Mutter oder Vater | | <input type="text"/> | |
| | | Geburtsdatum | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Name | | Vorname | |
| <input type="text"/> | | | |
| Straße | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| PLZ / Ort | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Telefon | | Mobil | |
| <input type="text"/> | | | |
| Email | | | |

| | |
|---|----------------------|
| SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat | |
| Unsere Gläubiger-ID: DE24ZZZ00000396267 | |
| Ich ermächtige den TV Spaichingen 1863 e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (wir unser) Kreditinstitut an, die vom TV Spaichingen 1863 e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kontoinhaber | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kreditinstitut | BIC (oder BLZ) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D E | <input type="text"/> |
| IBAN | (oder Kontonr.) |
| X | <input type="text"/> |
| Datum, Unterschrift Kontoinhaber | |
| Hinweis: Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die bei meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. | |