



Aufnahmeantrag

Turnerschaft Jahnvolk 1881 e.V.

60435 Frankfurt, Kirschwaldstr. 40, Tel.: 069 / 528995

Bitte ausfüllen

Name & Vorname _____ m w

Straße & Hausnummer _____

PLZ & Ort _____

Tel. (privat) _____ Tel. (mobil) _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Bitte Sportarten ankreuzen

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 Turnen Kinder/Jugend | <input type="checkbox"/> 06 Tischtennis | <input type="checkbox"/> 14 Walking |
| <input type="checkbox"/> 02 Gymnastik/Fitness | <input type="checkbox"/> 07 Volleyball | <input type="checkbox"/> 17 Nin-Jutsu |
| <input type="checkbox"/> 03 Badminton | <input type="checkbox"/> 09 Rückensport | <input type="checkbox"/> 18 Yoga |
| <input type="checkbox"/> 04 Ju-Jutsu | <input type="checkbox"/> 11 Prellball | <input type="checkbox"/> 20 Zumba |

Bitte Monatsbeitrag und gewünschten Zahlungsrhythmus ankreuzen (* = pro Person einen Antrag)

- | | | |
|--|---------|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche bis 18 Jahre | € 6,00 | <input type="checkbox"/> jährlich |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | € 9,50 | <input type="checkbox"/> halbjährlich |
| <input type="checkbox"/> * Ehepaare/Lebensgemeinschaften | € 16,00 | <input type="checkbox"/> vierteljährlich |
| <input type="checkbox"/> * Familien | € 19,00 | |

Es wird eine Aufnahmegebühr in Höhe eines Monatsbeitrags berechnet.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Turnerschaft Jahnvolk ab dem genannten Datum

Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen des/der Erziehungsberechtigten)

**Eine Beendigung der Mitgliedschaft ist nur zum Jahresende mit 6-wöchiger Kündigungsfrist möglich!
Die Beitragszahlung ist satzungsgemäß nur durch Bankeinzug möglich!**

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE35ZZZ00000131550

Mandatsreferenz wird vom Verein vergeben.

Ich ermächtige die Turnerschaft Jahnvolk, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Turnerschaft Jahnvolk 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/Kontoinhaberin _____

Kreditinstitut _____

BIC _____ | _____

IBAN DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum

Unterschrift des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin

Geworben durch:

Eingegeben durch: