



---

## Eintrittserklärung

---

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft  
im TTV Albersweiler e.V. ab

\_\_\_\_\_ (Datum)

---

### Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Mitgliedschaft

Aktiv	60 €/Jahr	<input type="checkbox"/>
Passiv	30 €/Jahr	<input type="checkbox"/>
Familie	72 €/Jahr	<input type="checkbox"/>
Schüler/Student	36 €/Jahr	<input type="checkbox"/>

---

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich trete in den TTV Albersweiler e.V. ein und erkenne dessen Satzung an.  
Der Jahresbeitrag wird zum 15.04. eines jeden Jahres vom Konto abgebucht.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift Mitglied

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

TTV Albersweiler e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Trifelsring 20

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

76857 Albersweiler

**Land / Country:**

D

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE86ZZZ00000133639

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **TTV Albersweiler e. V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **TTV Albersweiler e. V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **TTV Albersweiler e. V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **TTV Albersweiler e. V.**

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**