



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied  
in der Tanzsportgemeinschaft Lüdenschied e.V., Postfach 28 64, 58478 Lüdenschied.

### Persönliche Daten:

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Beginn der Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

### Mitgliedschaft und Mitgliedsbeiträge:

#### ➤ aktive Mitglieder

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder, Schüler, Studenten, Azubis u. Wehrpflichtige | 10,00 € / pro Monat |
| <input type="checkbox"/> alle übrigen Mitglieder                              | 18,00 € / pro Monat |
| <input type="checkbox"/> Familientarif I (1 Erwachsener und X Kinder)         | 25,00 € / pro Monat |
| <input type="checkbox"/> Familientarif II (2 Erwachsene und X Kinder)         | 35,00 € / pro Monat |

#### ➤ passive Mitglieder

- |   |                     |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Schüler, Studenten, Auszubildende und Wehrpflichtige | 7,00 € / pro Monat  |
| <input type="checkbox"/> alle übrigen Mitglieder                              | 10,00 € / pro Monat |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

**Laut Vorstandsbeschluss ist eine Begleichung der Beiträge durch Überweisung  
nicht möglich! Füllen Sie bitte, das SEPA-Lastschriftmandat aus!**



Tanzsportgemeinschaft Lüdenscheid e.V.,  
Postfach 28 64, 58478 Lüdenscheid  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000709872

## SEPA-Lastschriftmandat

**Mandatsreferenz:** (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Tanzsportgemeinschaft Lüdenscheid e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Tanzsportgemeinschaft Lüdenscheid 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.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung jeweils zum **01. eines jeden Monats**

Name, Vorname:

(Kontoinhaber)

---

Anschrift:

---

PLZ, Ort:

---

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kontoinhaber