

DAUERKARTENANTRAG



Dauerkartenantrag für die Heimspiele des TuS/WE Hirschau 1995 e.V.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Telefon/Handy oder eMail
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort

Es gelten die vor der Saison beschlossenen Dauerkartenpreise. Diese orientieren sich an den in den jeweiligen Spielgruppentagungen festgelegten Eintrittspreisen. Einzug erfolgt jährlich, Kündigung bis zum 30.06. der aktuellen Saison. Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten zur ausschließlichen Nutzung für den Dauerkartenantrag bin ich einverstanden.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift, bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter

Ermächtigung zum Beitragseinzug durch SEPA Lastschrift

Gläubiger-ID: DE29TWH00001011351

Hiermit ermächtige ich/wir den TuS/WE Hirschau, Zahlungen zu Lasten des folgenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir das Kreditinstitut an, die vom TuS/WE Hirschau auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vereinsbekannte Kontodaten können verwendet werden: JA (für bestehende Mitglieder)

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ/Wohnort

Sollten sich Ihre Kontodaten ändern, so teilen Sie dem TuS/WE Hirschau diese Änderungen bitte unverzüglich mit. Kosten durch falsche/nicht korrekte Bankverbindungsdaten werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.

_____	_____	_____																									
BLZ	Kontonummer	Name der Bank																									
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
IBAN (22-stellig)																											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																											
BIC (11-stellig)																											
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																											

Hinweis: Ich /Wir kann/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. Der Einzug erfolgt immer im Juli des jeweiligen Kalenderjahres.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber