

An die Geschäftsstelle der  
**Turn- und Sportgemeinde (TSG) Söflingen 1864 e.V.**  
Harthäuser Str. 99, 89081 Ulm  
Telefon 0731/9 36 66-0, Telefax 0731/9 36 66-23  
E-Mail: info@tsg-soeflingen.de  
www.tsg-soeflingen.de; www.facebook.com/TSG1864  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
**DE 82 ZZZ 00000157961**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Leistungszentrum RSG der TSG Söflingen. Ich erkenne die Vereinsatzung an und gebe die Einwilligung gem. §§ 4 Abs. 1, 4a Bundesdatenschutzgesetz zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen geschützten Daten. Ebenso erkenne ich die Beitragsordnung und Nutzungsbestimmungen der Rhythmischen Sportgymnastik an. Zum Beitritt muss ein sportmedizinisches (kardiologisches und orthopädisches) Attest für die Wettkampftauglichkeit vorgelegt werden. Die Kündigung kann nur schriftlich und unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende erfolgen.

## Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an:

Vorname	Nachname
geboren am	<b>Mitgliedschaft:</b> <input type="checkbox"/> Mitglied der TSG <input type="checkbox"/> Nichtmitglied
Eintrittsdatum	

## Angaben zur Person / zum Zahlungspflichtigen:

Vor- und Nachname Vater	
Vor- und Nachname Mutter	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Telefon Festnetz	
Telefon Mobilfunk	
E-Mail Adresse	
Abteilung	
Unterschrift Erziehungsberechtigten / Zahlungspflichtigen	

## Hinweise:

- Die Angaben der IBAN und BIC/SWIFT-Nummern sind zwingend erforderlich.
- Eine Rückgabe des Lastschriftmandats an die TSG Söflingen 1864 e.V. ist nur **im Original**, nicht jedoch als Fax oder E-Mail zulässig.
- Es kann nur ein Lastschriftmandat bzw. eine Kontoverbindung hinterlegt werden.
- Abbuchungen von einem Sparbuch sind nicht möglich.

Ich ermächtige/wir ermächtigen die TSG Söflingen 1864 e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die TSG Söflingen 1864 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

## Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

## Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für folgende Zahlungen:

- Gebühren Leistungszentrum Rhythmische Sportgymnastik

## Angaben zum Kontoinhaber:

Nachname	
Vorname	
Straße und Nr.	
PLZ	Ort
Geb. Datum	Telefon
<b>DE</b> _ _ _ _ _	
BIC/SWIFT	
Ort / Datum	
Unterschrift Kontoinhaber	