



# TURNVEREIN DERICHSWEILER 1885 e.V.

VR 479, Amtsgericht Düren  
LSB-Vereinsnr.: 2202028

[www.tv-derichsweiler.de](http://www.tv-derichsweiler.de)  
[anmeldung@tv-derichsweiler.de](mailto:anmeldung@tv-derichsweiler.de)

## Änderungsmitteilung zu meinen Daten

An:

**Turnverein Derichsweiler 1885 e.V.**  
Mitgliederverwaltung  
Heinz Krings  
Kreuzherrenstraße 115  
52355 Düren-Derichsweiler

Wenn bekannt, sonst wird  
dieses Feld vom Verein ausgefüllt

Hiermit möchte ich dem TV Derichsweiler 1885 e.V. folgende Änderungen meiner personenbezogenen Daten mitteilen.

Titel / Name : _____	Geburtsdatum: _____
Vorname : _____	Mobiltelefon: _____
Straße : _____	Telefon: _____
PLZ / Ort : _____	E-Mail Adresse: _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Sportgruppe: _____

**Bei Kindern benötigen wir die Angaben zu den Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreter**

Name : _____	Name : _____
Vorname : _____	Vorname : _____
Straße : _____	Straße : _____
PLZ / Ort : _____	PLZ / Ort : _____
Telefon : _____	Telefon : _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds / des gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

### Änderung zur Einzugsermächtigung, zur Bankverbindung oder zum SEPA-Lastschriftmandat

Name u. Anschrift des Zahlungsempfängers: TV Derichsweiler 1885 e.V. – Im Lintes 18b - 52355 Düren  
Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000027106  
Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger TV Derichsweiler 1885 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name Kontoinhaber:			
Anschrift: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
IBAN:	DE		
BIC: <small>(nur bei ausländischen Banken)</small>		Bank:	
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> jährlich im Voraus		<input type="checkbox"/> halbjährlich im Voraus
Ort:		Datum:	
Unterschrift des Kontoinhabers			

Die ausgefüllte Seite bitte ausdruckt und unterschrieben abgeben oder schicken.