**Änderungsmitteilung zu meinen Daten**

An:

**Turnverein Derichsweiler 1885 e.V.**

Mitgliederverwaltung

Heinz Krings

Wenn bekannt, sonst wird

dieses Feld wird vom Verein ausgefüllt

Kreuzherrenstraße 115

52355 Düren-Derichsweiler

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

personenbezogenen Daten mitteilen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name : |  |  | Geburtsdatum: |  |
| Vorname : |  |  |  |  |
| Straße : |  |  | Telefon: |  |
| PLZ / Ort : |  |  | E-Mail Adresse: |  |
| Geschlecht : | weiblich  männlich  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 Antragstellers / 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:  (nur bei ausländischen Banken) | |  | | | Bank: |  |
| Zahlungsweise: | | | jährlich im Voraus  halbjährlich im Voraus | | | |
| Ort: |  | | | | Datum: |  |
| Unterschrift des Kontoinhabers | | | |  | | |

Die ausgefüllte Seite bitte ausdruckt und unterschrieben abgeben oder schicken.