



# 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:

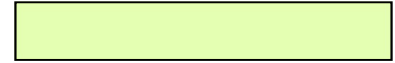
**Turnverein Derichsweiler 1885 e.V.**

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.

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: <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.