



# Turn- und Sportverein 1860 Dinkelsbühl e. V.

Geschäftsstelle und Vereinsturnhalle  
Alte Promenade 10  
91550 Dinkelsbühl

E-Mail: tsv-dinkelsbuehl@t-online.de  
Internet: www.tsv-dinkelsbuehl.de  
Tel. 09851 554730  
Fax 09851 554731

## Änderungs-Mitteilung

(Bitte in Blockschrift ausfüllen -  
dickumrandete Felder nicht  
ausfüllen; ß = SS; Ä = AE usw.)

### 1. Änderung der persönlichen Daten:

Mitglieds-Nr.	m/w	Name, Vorname	Unterschrift (Abteilungsleiter)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname		Beruf/Titel	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Privattelefon	Mobiltelefon		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-Mail			
<input type="text"/>			
Postleitzahl	Ort/Wohnort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße, Hsnr.			
<input type="text"/>			

Sp. Bk. Sp. Bk. Sp. Bk. Sp. Bk. Sp. Bk.

### 2. Abteilungsbeitritt/-wechsel, Kündigung der Mitgliedschaft, Sonstiges:

Abteilungsbeitritt  neue Abteilung \_\_\_\_\_

Austritt aus einer Abteilung  welche Abteilung \_\_\_\_\_

Austritt aus dem TSV  zum

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner Angaben in einer Datei zu. Ein Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

### 3. Änderung des SEPA-Lastschriftmandats für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TSV 1860 Dinkelsbühl e. V.  
Alte Promenade 10  
91550 Dinkelsbühl

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE24ZZZ00000241164

Mandatsreferenz

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen den

**TSV 1860 Dinkelsbühl e. V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TSV 1860 Dinkelsbühl 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber

Eingang

Kontrolle Vorstand

Erledigung