

# Postsportverein e. V. Neustadt a. d. W.

Harthäuserweg 40, 67433 Neustadt an der Weinstraße, Tel 06321/ 919345

www.postsv-nw.de

Email: [postsv-nw@t-online.de](mailto:postsv-nw@t-online.de)

- Gymnastik Herren und Damen - Seniorengymnastik -  
Kampfsport - Kung-Fu - Taekwon do - Schach - Segeln -  
Sport-und Gesellschaftskegeln - Sportabzeichen - Tennis - Volkslauf - Volleyball

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den Postsportverein Neustadt e.V.

Herr/Frau

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geb. Datum</b>			
<b>Straße</b>		<b>Haus-Nr:</b>	
<b>PLZ</b>		<b>Wohnort</b>	
<b>E-Mail</b>		<b>Tel./Handy</b>	

Schüler, Student, Azubi  **Ja** (Bescheinigung beifügen)  **Nein**

**Sportarten/Abteilung**.....

**Mitgliedsnummer/ Mandatsreferenz Nr:** ..... (wird Ihnen schriftlich mitgeteilt)

**Weitere Familienmitglieder:**

Name	Vorname	Geb. Datum	Sportart/Mitgliedsnummer

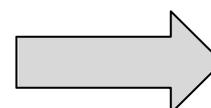
Die Satzung des PostSV Neustadt e.V. erkenne ich an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zum Zwecke der Mitgliederverwaltung in der Datenverarbeitung gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Personen unter 18 Jahren gesetzlicher Vertreter)

## **Für den Beitragseinzug**

**bitte die genauen Daten auf der Rückseite ausfüllen  
und unterzeichnen!**



**SEPA-Kombimandat  
Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines  
SEPA-Lastschriftmandats**

Zahlungsempfänger:

Post SV Neustadt  
Harthäuser Weg 40  
67433 Neustadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24PSV00000579791

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den o.a. Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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:

1/4 jährlich       1/2 jährlich

(Die Beiträge werden je nach von Ihnen gewählter Zahlungsweise bei vierteljährlicher Abbuchung frühestens zum 01. des Quartals und bei halbjährlicher Abbuchung frühestens zum 01. des Halbjahres abgebucht, wobei wir anstreben, dass jeweils bis zum 10. des Abzugsmonats die Abbuchung erledigt ist. )

<b>Kontoinhaber Name:</b>	<b>Vorname :</b>
<b>Geldinstitut :</b>	<b>Ort :</b>
<b>IBAN : DE</b>	<b>BIC :</b>

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_