



Änderungsmitteilung

SPORTANGEBOT

Name* *Pflichtfelder

Vorname*

Eintritt

Ich/Mein Kind möchte ab dem

in die folgende Abteilung **neu** eintreten:

<input type="checkbox"/> Badminton	<input type="checkbox"/> Karate	<input type="checkbox"/> Ringen Kinder- und Jugendsport	<input type="checkbox"/> Tischtennis
<input type="checkbox"/> Ballett	<input type="checkbox"/> Klettern		<input type="checkbox"/> Triathlon
<input type="checkbox"/> Boxen	<input type="checkbox"/> Leichtathletik		<input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> Einradfahren	<input type="checkbox"/> Musik Nach Rücksprache mit der Abteilung		<input type="checkbox"/> Turn-Jugend
<input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft Bitte das gesonderte Formular nutzen	<input type="checkbox"/> Pickleball	<input type="checkbox"/> starkGesund ³	<input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Wettkampforientiertes Gerättturnen <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Begleitung <input type="checkbox"/> Eltern selbst aktiv
<input type="checkbox"/> Fußball	<input type="checkbox"/> Reha-Sport Bitte das Reha-Formular nutzen	<input type="checkbox"/> Stage-Heroes	<input type="checkbox"/> Volleyball
<input type="checkbox"/> Handball	<input type="checkbox"/> Rollsport <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Hobbygruppe <input type="checkbox"/> mit Leihrollschuhen	<input type="checkbox"/> Tanz-Kids	<input type="checkbox"/> Inklusionssport
<input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Abteilungsbeitrag <input type="checkbox"/> Sonntags-Judo			<input type="checkbox"/> Gesamtverein

Austritt

Ab dem möchte ich/mein Kind aus folgender Abteilung austreten:

Adress-/Namensänderungen

Name

Vorname

Straße und Hausnummer*

PLZ und Wohnort*

Telefon

E-Mail (bei Minderjährigen von Erziehungsberechtigten) *

Nachlässe

Bescheinigung muss beigelegt werden

Schüler:in/Student:in FSJ/BFDler:in Azubi Stadtpass-Inhaber:in

BuT (Bildungs- und Teilhabepaket)

Datum, Unterschrift* (bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

SEPA-
Lastschriftmandat

IBAN

D E

Gewünschter Zahlungsrhythmus monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich **sonstige Zahlungswege +1,50 € mtl.**

Kontoinhaber:in

Mandat für (Vorname, Nachname)

Straße und Hausnummer*

PLZ und Wohnort*

E-Mail-Adresse

Datum, Unterschrift des/der Kontoinhaber:in*

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000573370

Die Mandatsreferenz wird mit der Aufnahmeverbestätigung mitgeteilt. Ich ermächtige den Wedeler TSV e. V. widerruflich, Zahlungen gemäß Beitragsordnung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Wedeler TSV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Stand: 01.01.2026

