

# Post- und Telekom-Sportverein Ravensburg e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft ab sofort  ab \_\_\_\_\_  
(bitte in Druckbuchstaben eintragen)

Einzelmitglied  Familienmitglied  Azubi, Schüler, Student

Name																	
Vorname																	
Geburtsdatum																	
Straße+ Hausnr																	
PLZ+ Ort																	
Telefonnr																	
Mobilfunknr																	
Email																	

Bei Azubi, Schüler, Student: Ausbildung/Studium von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten nach den PTSV-Datenschutzhinweisen gespeichert und für vereinsinterne Zwecke genutzt werden. Die PTSV-Datenschutzhinweise, welche die EU-Datenschutz-Grundverordnung berücksichtigt, wurden mir ausgehändigt.**

**Bitte auch die SEPA-Einzugsermächtigung auf der Rückseite ausfüllen!**

---

(Unterschrift)

PTSV.-interne Bearbeitungshinweise:  
 Gruppenzuordnung \_\_\_\_\_  
 Geworben durch \_\_\_\_\_  
 Datensatz angelegt am \_\_\_\_\_



# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Post- und Telekom-Sportverein Ravensburg e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Mühlenweg 15

**Postleitzahl und Ort:**

88281 Schlier

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE32ZZZ00000425029

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell