



# Triathlöwen Bremen

Triathlöwen Bremen e.V., c/o Holger Hilken, Oewerweg 87, 28325 Bremen, Mobil: (0179) 2124301  
Email: president@triathloewen.de, Internet: www.triathloewen-bremen.de

---

## Änderungsmitteilung Mitglieder Stammdaten:

(z.B. bei Heirat, Umzug, neuer Telefonnummer/Emailadresse, neuer Bankverbindung, etc.)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Startpass: ja  Antrag über: <https://www.dtu-info.de/startpass/beantragung> nein

Ich bin mit der Aufnahme in folgende WhatsApp Gruppen einverstanden:

- |                         |                                  |                             |                               |
|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) LÖWEN – Gebrüll      | (allgemeine Infos)               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| b) LÖWEN – Laufen       | (alles zum Lauftraining)         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| c) LÖWEN – Schwimmen    | (alles zum Schwimmtraining)      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| d) LÖWEN – Radeln       | (alles zum Radtraining)          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| e) ggf. weitere Gruppen | (z.B. Ligamannschaft, OrgaTeams) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

## Beitragszahlung:

Vereinsbeitrag und Startpassgebühren werden im Januar eingezogen, weitere Kosten für Trainingslager u.ä. immer zeitnah nach entsprechender Ankündigung.

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige den Verein „Triathlöwen Bremen e.V.“ Zahlungen von meinem untenstehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein „Triathlöwen Bremen e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_