

Aufnahmeantrag

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon Firma _____ Telefon privat _____

Mobil _____

E-Mail _____

- Ich bin damit einverstanden, dass ich die **anfallenden Rechnungen** per E-Mail erhalte. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse in den Verteiler für den **Vereins-Newsletter** aufgenommen wird, der mindestens einmal pro Monat erscheint. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

- Ich wünsche:
- Einzelmitgliedschaft** (200 € zzgl. der Beträge lt. Beitragssatzung)
 - aktiv Die Mitgliedschaft kann immer nur zum Jahresende gekündigt werden.
 - passiv
 - Ermäßigte Mitgliedschaft** (100 € zzgl. der Beträge lt. Beitragssatzung)
 - Schüler(in)
 - Student(in)
 - Auszubildende(r)
 - Zweitmitgliedschaft (Erwachsene)
 - Schnuppermitgliedschaft** (Für die Dauer von acht Wochen)
Ohne Kündigung geht die Schnuppermitgliedschaft nach acht Wochen in eine ordentliche über. Auf den Jahresbeitrag wird der gezahlte Betrag angerechnet.
 - Familienmitgliedschaft** (vgl. Beträge lt. Beitragssatzung)
Folgende Vereinsmitglieder gehören zur Familie:

ggfs. die weiteren Anträge diesem Schreiben beilegen!

Die Vereinssatzung (*abrufbar unter www.tennisclub-ettlingen.de/files/satzung.pdf*) sowie die Beitragsübersicht habe ich gelesen und erkenne ich an.

Ort

Datum

Unterschrift(en)

Einzugsermächtigung

– verpflichtend nach § 10 Nr. 5 der Satzung –

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

**TC Ettlingen
Am Brudergarten 3
76275 Ettlingen**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 54ZZZ00000194743

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Tennisclub Ettlingen e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Tennis-Club Ettlingen e.V.** von meinem/unserem 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.

Kontoinhaber _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Fälligkeiten: In den für Sie fälligen Rechnungen ist der Rechnungsbetrag aufgeführt sowie der Hinweis, dass innerhalb von 14 Tagen der Rechnungsbetrag abgebucht wird.

Ort

Datum

Unterschrift(en)