

## Aufnahmeantrag Team - Mitgliedschaft

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.

Der Mitgliedsbeitrag ist im ersten Jahr um 25% zum ordentlichen Betrag von 200 € pro Person reduziert.

Ich wünsche:  **Team-Mitgliedschaft** (150 € zzgl. der Beträge lt. Beitragssatzung)  
Die Team-Mitgliedschaft ist auf ein Jahr begrenzt, beginnt jeweils zum 01.01. des Beitrittsjahres und geht danach in eine ordentliche Mitgliedschaft über.

Anzahl der Teilnehmer (mind. 4): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*ggfs. die weiteren Anträge diesem Schreiben beilegen!*

Die Vereinssatzung (*abrufbar unter [www.tennisclub-ettlingen.de/files/satzung.pdf](http://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)