

Eggetaler-Tennis-Club e. V. Börninghausen

Vorsitzende: Christina Henke, Heulandstr. 2, 32361 Pr. Oldendorf, Tel. 05742/700096



Aufnahmeantrag

Vorname _____ Name _____
Straße _____ PLZ Ort _____
Geb.-Datum _____ EMail _____
Telefon _____ Handy _____

mit Ehegatten/Kind/ Kinder,
bitte Name und Geb.-Datum angeben _____

beantragt den Eintritt in den Eggetaler-Tennis-Club e. V.

Die Mitgliedsbeiträge pro Jahr (gültig seit 2019)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | Euro 210,00 |
| <input type="checkbox"/> Aktive Ehepaare und Lebenspartnerschaften | Euro 340,00 |
| <input type="checkbox"/> Aktive Ehepaare mit Kind /Kindern, sofern diese noch Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehrpflichtige, Zivildienstleistende sind | Euro 365,00 |
| <input type="checkbox"/> Zweitmitgliedschaft | Euro 100,00 |
| <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (weitere Kinder die Hälfte) | Euro 50,00 |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Beitrag für Volljährige für Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehrpflichtige, Zivildienstleistende (auf Antrag) | Euro 50,00 |
| <input type="checkbox"/> Passive Mitglieder (ohne Spielberechtigung) | Euro 40,00 |

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

Eggetaler-Tennis-Club e. V. Börninghausen

Vorsitzende: Christina Henke, Heulandstr. 2, 32361 Pr. Oldendorf, Tel. 05742/700096



Bezahlung

Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Vereinsanschrift: Eggetaler-Tennis-Club e.V. - Pieningfeldweg 1a - 32361 Preußisch Oldendorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00001433110

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschrift-Mandat

Die Entrichtung der Beiträge erfolgt durch Bankeinzug.

Ich ermächtige den Eggetaler-Tennis-Club e.V., die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit – Mitgliedsbeitrag jährlich zum 01.05. und Arbeitseinsatz zum 01.12. - von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Eggetaler-Tennis-Club e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name)

Kreditinstitut

BIC: ___ ___ DE ___ ___ ___

IBAN: DE ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers