

# AUFNAHMEANTRAG

## auf Mitgliedschaft im TC Grün-Weiß Bergfelde e.V.

aktiv  passiv  Jugend  Bambini (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name  Vorname

geboren am  in

Anschrift

Telefon

E-Mail

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt. Ich erkenne sie in vollem Umfang an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Beiträge und Ableistung der obligatorischen jährlichen Arbeitsstunden.

Ansprechpartner / Gesetzlicher Vertreter (bei Kindern und Jugendlichen)

Als gesetzlicher Vertreter erkläre ich mein Einverständnis, für die aus der Mitgliedschaft entstehenden Beitragsverpflichtungen einzustehen.

Name  Vorname

Anschrift   
(falls abweichend)

Telefon

E-Mail

Vater  Mutter  Erziehungsberechtigte(r) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort  Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Antragsteller gesetzlicher Vertreter

Bearbeitungsvermerke:

|   |  |
|---|--|
| In Vorstandssitzung beraten am:           |  |
| Mitgliedschaft bestätigt/ nicht bestätigt |  |
| In Mitgliederkartei aufgenommen am:       |  |



**SEPA - Lastschriftmandat**

|   |                      |
|---|----------------------|
| Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | Vorname              |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/> |

|                       |                      |                      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Straße und Hausnummer | PLZ                  | Ort                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger / Verein) erstellt:**

|                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr. | DE18ZZZ00002053814 |
|--------------------------------------|--------------------|

Ich ermächtige den **Tennisclub Grün Weiß Bergfelde e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Tennisclub Grün Weiß Bergfelde e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|   |  |
|---|--|
| Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> | Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/> |
|---|--|

|          |                      |
|----------|----------------------|
| IBAN     | <input type="text"/> |
| BIC      | <input type="text"/> |
| Bei Bank | <input type="text"/> |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="text"/><br>Ort / Datum | Unterschrift des Zahlungspflichtigen<br>(Kontoinhaber) |
|-------------------------------------|--|