

1. Vorsitzender:	Wolfgang Heinen	Bessenbacher Weg 3a	63808 Haibach	Telefon:	06021/66355
2. Vorsitzender :	Gunnar Mauß	Margarete-Kiesel-Str. 4	63808 Haibach	Telefon:	06021/458531
Schatzmeisterin:	Tanja Kolb	Schubertstraße 16	63808 Haibach	Telefon:	06021/423739
Clubanlage:		Franz-Völker-Weg	63808 Haibach	Telefon:	0151/23821437

Aufnahmeantrag

Ich/wir bitte/n hiermit um Aufnahme in den Tennisclub Haibach e.V. und verpflichte/n mich/uns durch Unterschrift zur Einhaltung der Platz- und Spielordnung. Von der Vereinssatzung nehme/n ich/wir Kenntnis.

Antragsteller

Name: Vorname:
 Geb.-Datum:

Mitgliedschaft wird beantragt für

Name: Vorname
 Geb.-Datum:

Name: Vorname
 Geb.-Datum:

Name: Vorname
 Geb.-Datum:

Name: Vorname
 Geb.-Datum:

Anschrift:

Telefon: **E-Mail:**

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich.

Ort, Datum:

.....
 (Unterschrift/en des/der Anmeldenden)

Achtung: Bei Alleinerziehenden, getrennt Lebenden oder Geschiedenen ist derjenige Elternteil zur Beitragszahlung verpflichtet, der das Sorgerecht hat.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

TC Haibach e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Franz-Völker Weg

Postleitzahl und Ort:

63808 Haibach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000175528

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen (Monatsbeitrag, Saisonbeitrag sowie sonstige von der Mitgliederversammlung genehmigte Beiträge) bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/wir ermächtige/ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN: _____ **BIC:** _____

Ort: _____ **Datum:** _____

Unterschrift: _____