

1. Vorsitzende:	Sandra Geisler	Großmannstr. 37	63808 Haibach	Telefon:	06021/584905
2. Vorsitzender:	Andreas Arnold	Lange Str. 12	63808 Haibach	Telefon:	0175/2322652
Schatzmeister:	Christian Makos	Frühlingstr. 9	63808 Haibach	Telefon:	06021/369106
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:** \_\_\_\_\_