



TENNISCLUB ROT WEISS ESCHENRIED E.V.

AUFNAHMEANTRAG

Der Unterzeichnete erklärt hiermit seinen Beitritt zum TC Rot-Weiß Eschenried und erkennt durch seine Unterschrift dessen Satzung an.

Nachname, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon, Mobil: _____

Email: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: _____

Vereinsbeitrag:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passivmitglied	Kinder bis 14 Jahre	Jugendliche, Studenten ab 14 Jahre	Fördermitglied	Erwachsene Damen	Erwachsene Herren	Familien, Lebensgemeinschaften
75,00 €	100,00 €	150,00 €	150,00 €	300,00 €	350,00 €	600,00 €

Mitglieder haben ab dem Alter von 14 Jahren einen Arbeitseinsatz von 8 Stunden pro Jahr zu leisten. Ersatzweise werden 50,- € fällig und am Jahresende eingezogen.

Mitglieder sind ab 75 Jahre vom Arbeitseinsatz befreit. Ebenfalls befreit sind passive Mitglieder sowie Fördermitglieder.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats.
Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig jährlich.

Zahlungsempfänger: **TC Rot-Weiß Eschenried**
Gläubiger-Identifikationsnr.: **DE28TCE00000202583**
Mandatsreferenz:

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den TC Rot-Weiß Eschenried widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Rot-Weiß Eschenried auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftsmandat: Ich ermächtige den TC Rot-Weiß Eschenried, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Rot-Weiß Eschenried 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.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers*: _____

Adresse *: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

oder KontoNr.: _____ Bankleitzahl: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

* Falls abweichend vom obigen Mitglied

Am Waldeck 5, 85232 Eschenried | Telefon: 08131-6146958 | E-mail: info@tceschenried.de
www.tceschenried.de

Sparkasse Dachau, Kto: 50502350, BLZ: 700 515 40
IBAN: DE08 7005 1540 0050 5023 50, BIC: BYLADEM1DAH