



Schnuppermitgliedschaft

Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

Aufnahme-Antrag für eine Schnuppermitgliedschaft in die Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtstag: _____
Nationalität: _____
Beruf: _____
Telefon: _____
Email: _____

Die **Schnuppermitgliedschaft ermöglicht eine kostenlose Nutzung** der Außenplätze der Tennisgemeinschaft Datteln e.V. für die gesamte Freiluftsaison. Der **Beitrag** für die Schnuppermitgliedschaft beträgt **100,-€ (pro Person)** für Erwachsene und Jugendliche und kann nur einmalig in Anspruch genommen werden.

Die **Schnuppermitgliedschaft gilt bis zum Ende des Kalenderjahres und geht automatisch in eine Vollmitgliedschaft über**, wenn diese nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Die Schnuppermitgliedschaft berechtigt nicht zur Abstimmung in Mitgliederversammlungen.

Es gilt die Satzung der Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

Die Platz- und Spielordnung ist zu beachten.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die Vereinssatzung der Tennisgemeinschaft Datteln e.V. **verbindlich anerkenne/n** und die Datenschutzordnung nach Artikel 13 DSGVO zur Kenntnis genommen habe/n.

Die Vereinssatzung und die Datenschutzordnung sind im Clubhaus und auf unserer Homepage www.tg-datteln.de einsehbar.

Ich verpflichte mich die den Beitrag durch das SEPA- Lastschriftmandat zu entrichten (siehe Seite 2 von 2).

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____
bei Jugendlichen durch den Erziehungsberechtigten



Schnuppermitgliedschaft

Tennismgemeinschaft Datteln e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Berechtigte Person/Einrichtung : Tennismgemeinschaft Datteln e.V.

Name/Firma/Person/Institut : Robert Fischer

Ansprechpartner : Robert Fischer

Straße, Nr. : Zu den Sportstätten 3

Ort : 45711 Datteln

Ich ermächtige die oben genannte Person/Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels **Lastschrift einzuziehen. Zugleich, weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genannter Person/Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Gläubiger-Identifikationsnummer : **DE1 5ZZZ 000 002 18434**

Mandatsreferenz : **Mitgliedsnummer:**

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

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 Name : _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort : _____

Kreditinstitut Name : _____ **BIC:** _____

LKZ	Prüfz.	IBAN								

Ort

Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten