



# 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.**

**Es gilt die Satzung der Tennisgemeinschaft Datteln e.V.  
Die Platz- und Spielordnung ist zu beachten.**

**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.**

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

**Ich habe die Satzung der Tennisgemeinschaft Datteln e.V. gelesen und akzeptiere die Satzung. Ich verpflichte mich, den Jahresbeitrag ganzjährig durch Bankeinzug zu entrichten.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_  
bei Jugendlichen durch den Erziehungsberechtigten



# Schnuppermitgliedschaft

## Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

### SEPA-Lastschriftmandat

Berechtigte Person/Einrichtung  
Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

Name/Firma/Person/Institut  
Dr. Nikolaus Fork

Ansprechpartner  
Zu den Sportstätten 3

Straße, Nr.  
45711 Datteln

Ort  
02363 52843

Telefon

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: DE15ZZZ00000218434

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 | Präf. | IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten

1/1