



# Mitgliedsantrag

## Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

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

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

| Jahresbeiträge in € / Personen                                   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5    |
|--|-----|-----|-----|-----|------|
| Erwachsene   | 250 | 200 | 200 | 200 | 200  |
| Jugendliche über 12 Jahre soweit sie noch in der Ausbildung sind | 90  | 70  | 45  | 40  | Frei |
| Jugendliche bis 12 Jahren  | 70  | 50  | 30  | 20  | Frei |

>>> Für Jugendliche unter 12 Jahren ist das erste Jahr der Clubmitgliedschaft beitragsfrei!

>>> Schüler und Studenten ohne eigene Einkünfte sowie Lehrlinge werden hinsichtlich der Mitgliederbeiträge Jugendlichen gleichgestellt. Zur Beitragseinstufung kann ein Nachweis über den Ausbildungsstand gefordert werden.

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

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

**Zahlungsweise per SEPA- Lastschriftmandat, siehe Seite 2.**

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

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



# Mitgliedsantrag

## 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 | Präfz | IBAN

Ort

Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten

1/1