



Mitgliedsantrag

Tennisgemeinschaft Datteln e.V.

Antrag auf Aufnahme 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

Hinweis: 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/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, 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 : 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