



TENNISCLUB INNING 1974 e.V.

Mitglied des BLSV und des BTV

Geschäftsstelle: Rosenstraße 28 82266 Inning am Ammersee Tel. 08143 / 447559

www.tennisclub-inning.de

AUFNAHMEANTRAG

- 295,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag Familien mit Kindern bis 13 Jahre
- 190,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag Erwachsener mit Kindern bis 13 Jahre
- 265,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag Ehepaar ohne Kinder
- 155,00 Euro Mitgliedsbeitrag Erwachsener ab 27 Jahren
- 85,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag junge Erwachsene 18 bis 26 Jahre
- 65,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag Kinder 14 – 17 Jahre
- 50,00 Euro Mitgliedsjahresbeitrag für Kinder von 9 bis 13 Jahre
- beitragsfrei für Kinder bis 8 Jahre

Die angegebenen Mitgliedsbeiträge verstehen sich zzgl. € 50,00 einmaliger Bearbeitungsgebühr und € 30,00 Arbeitsgeld (für Mitglieder von 18 – 60 Jahren). Eine Kündigung ist jeweils zum 31.12. eines laufenden Jahres möglich.

Ja, ich möchte dem Tennisclub Inning e. V. als aktives Mitglied beitreten. Die Satzung und die Spielordnung erkenne ich an.

Name:	geb. am.
Vorname:	
Straße:	
PLZ Wohnort:	
Telefon:	E-Mail:
Name/Vorname Ehepartner	geb. am
Vorname Kind	geb. am
Vorname Kind	geb. am

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Veröffentlichung von Bild und Name des Mitglieds im Internet oder in Presseartikeln widerruflich zu. ja nein

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Zusendung unserer Vereins-information widerruflich zu. ja nein

Datum

Unterschrift

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Tennisclub Inning 1974 e.V.
c/o Frau Cornelia Fischer
Schornstraße 1
82266 Inning am Ammersee

- Einmalige Zahlung
- Wiederkehrende Zahlung

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE88ZZZ00001086628

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger