



# Aufnahmeantrag

TC Speicher 1978 e.V.  
Schönfelder Weg 10  
54662 Speicher  
Tel. 06562/1461  
[www.tc-speicher.de](http://www.tc-speicher.de)

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Mitgliedschaft im Tennis-Club Speicher 1978 e.V.. Ich/Wir erkenne(n) mit meiner/unseren Unterschrift(en) die Satzung und die geltenden Vereinsbestimmungen an.

**Name:** \_\_\_\_\_

		Familienmitgliedschaft		Einzelmitgliedschaft	
		ja	nein	aktiv	inaktiv
<b>Vorname:</b> _____	geb.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorname:</b> _____	geb.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorname:</b> _____	geb.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorname:</b> _____	geb.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vorname:</b> _____	geb.: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Aktuelle Jahresbeiträge (Stand:01.01.2013):

Familien	130 €
Erwachsene	95 €
Kinder/Jugendliche bis 14 Jahre	20 €
Jugendliche über 14 Jahre	30 €
Studenten/Azubis	30 €
Inaktiv	20 €

**Anlage:** SEPA-Lastschriftmandat (Bitte ausfüllen, da andere Zahlungsarten nicht möglich sind.)

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: