|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tennisclub 1974 Geiselhöring e.V. Schießhausstr. 10, 94333 Geiselhöring**Beitrittserklärung**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mitgliedsnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon/Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail Mitgliedsart:

|  |  |
| --- | --- |
|  | bis 13 Jahre: 37,00 € |
|  | ab 14 Jahre: 55,00 € |
|  | ab 16 Jahre (*Schüler, Studenten*): 70,00 € |
|  | Erstmitglied (ab *Berufstätigkeit bzw. ab 18 Jahre*): 140,00 €  |
|  | Zweitmitglied(*Ehe-/Lebenspartner etc.)*100,00 €  |
|  | Familienbeitrag (Ehepaar/Lebenspartner & Anzahl \_\_ zugehöriger Kinder unter 16 Jahren): 200 € +🞝\_\_ x 20 € |
|  | Passiv: 32,00 € |

Mitgliedsjahr ist das Kalenderjahr, Einzug erfolgt jährlich zum 01.03. (keine Vorabinfo mehr nötig).Bei Änderung der Beitragsklasse werde ich den Verein umgehend in Kenntnis setzen. Ich trete mit allen Rechten und Pflichten dem TC 1974 Geiselhöring e.V. bei. Der Mitgliedsbeitrag sowie die Geschäfts- und Spielordnung sind mir bekannt bzw. werde ich zur Kenntnis nehmen.Datum, Ort und Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigen) | Logo_TCTennisclub 1974 Geiselhöring e.V. Schießhausstr.10,94333 Geiselhöring**SEPA-Lastschriftmandat**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000113365Mandatsreferenz = MitgliedsnummerIch ermächtige den TC 1974 Geiselhöring e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC 1974 Geiselhöring e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.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.**Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung**Name, Vorname (Kontoinhaber)Straße/ HausnummerPostleitzahl/WohnortKreditinstitut (Name)DEIBANBICDatum, Ort und Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)Interner Vermerk:Beitrittserklärung erhalten am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erfasst mit Beitrag von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€Eingezogen am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |