



Tennisverein Hohenacker e.V.
Thomas Dierkes
Benninger Str. 32
71336 Waiblingen-Hohenacker

Antrag auf ein Schnupperjahr im Tennisverein Hohenacker e.V.

Bitte in Druckschrift deutlich lesbar ausfüllen

Familienname:Geb.-Datum:

Vorname:Tel.-Nr.: Mobil:

Email-Adresse:

Straße:PLZ:Wohnort:

Sollte bis zum 31. Dezember dieses Jahres keine Kündigung der Schnuppermitgliedschaft erfolgen, wird ab dem 1. Januar des folgenden Jahres die Mitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten fortgeführt.

Im Falle der Aufnahme erteile ich dem Tennisverein Hohenacker gemäß beigefügter SEPA-Basislastschrift die Vollmacht, von meinem Konto den Jahresbeitrag sowie den Betrag für nicht geleistete Arbeitsstunden (im Schnupperjahr sind noch keine Arbeitsstunden zu leisten) und Hüttenrestbeträge abzubuchen.

Der Beitrag für das Schnupperjahr beträgt für Erwachsene 80.-- €, für Auszubildende 35.-- € (höchstens bis Vollendung des 27. Lebensjahres, Ausbildungs-Nachweis ist erforderlich) und für Jugendliche unter 18 Jahren 20.-- €. Nach dem Schnupperjahr gilt die jeweils gültige Beitragsordnung.

Mit der Aufnahme erkenne ich die Satzung und die Ordnungen des Tennisverein Hohenacker e.V. an.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung des Vereinszwecks sowie zur Mitgliederbetreuung und -verwaltung. Nach Beendigung meiner Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht.

Datum:

Unterschrift des Mitgliedes.....

Bei Minderjährigen

Unterschrift des Erziehungsberechtigten.....

SEPA–Basislastschrift (Core)–Mandat

Zahlungsempfänger

Vorname und Name/Firma: Tennisverein Hohenacker e.V. _____
Straße und Hausnummer: Benninger Straße 32 _____
PLZ und Ort: 71336 Waiblingen _____
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000919526 _____
Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger,

einmalig eine Zahlung

wiederkehrende Zahlungen

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name/Firma: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Kreditinstitut (Name): _____
BIC: _____ | _____
IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum Waiblingen, den _____

Unterschrift/en _____