



# MARNER TENNIS CLUB



GEMEINNÜTZIGER VEREIN

## AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Marner Tennis Club e.V.

Name ..... Ehepaare/Gemeinschaft.....

Vorname ..... ..

geb. am ..... ..

Telefon- Nr. .... Fax- Nr. ....

Email-Adresse:.....@.....

Anschrift: .....

Aufnahme eines Jugendlichen: 1. ....geb. am.....

2. ....geb. am.....

3. ....geb. am.....

Bei Aufnahme eines Jugendlichen: Bitte die Adresse eines Erziehungsberechtigten eintragen

Nach Genehmigung des Antrages durch den Vorstand werden, wenn nicht anders vereinbart, folgende Zahlungen fällig. (Einzug jeweils im Februar und August)

<u>Halbjahresbeitrag:</u>	<input type="checkbox"/>	Erwachsene	120,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	Ehepaare/Gemeinschaft	180,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	Auszubildende / Studenten	48,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	Passive	15,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	1.Schüler	36,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	2.Schüler	18,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	3.Schüler	0,00 Euro

Familienbeitrag -Vollzahler-

<u>Halbjahresbeitrag:</u>	<input type="checkbox"/>	Erwachsener, mit bis 2 Schüler	131,00 Euro
	<input type="checkbox"/>	Ehepaare/Gemeinschaft, mit bis 2 Schüler	188,00 Euro
	<input type="checkbox"/>		

Zutreffendes bitte markieren

Hiermit ermächtige ich den Marner Tennisclub zum Einzug der fälligen Beiträge. (Laut Satzung ist die Kündigung schriftlich nur zum Jahresende möglich, jährliche Kündigung)

Unsere Konto-Daten, siehe Rückseite.

Marne, den .....

Unterschrift, bei Jugendlichen des/der Erziehungsberechtigten

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

MARNER TENNIS CLUB e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

DR. BEBER STR: 8

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

25709 MARNE

**Land / Country:**

DEUTSCHLAND

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE30ZZZ00000284318

**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:**