Tennisclub Sasbachwalden e.V.

Aufnahmeantrag

Postanschrift

Donate Zeilfelder
Am Werth 14
77887 Sasbachwalden
Tel.: 07841 29243

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Tennisclub Sasbachwalden

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Mobil _____

Strasse: _____ E-Mail _____

PLZ Ort _____

Jugendlicher bis 18 Jahre	☐	30,00 €	Zweitmitgliedschaft (bereits Mitglied in anderen TC)	☐ 60,00 €
junger Erwachsener in Ausbildung	☐	50,00 €	Schnuppermitgliedschaft	☐ 85,00 €
Erwachsener	☐	130,00 €	(Die Schnuppermitgliedschaft läuft für eine Saison und kann zum Jahresende gekündigt werden. Wenn sie weiterhin Mitglied des Vereins bleiben wollen, geht die Schnuppermitgliedschaft automatisch in eine Vollmitgliedschaft zu den oben gennanten Mitgliedsbeiträgen über.)	
Ehepaare	☐	210,00 €		
Familienbeitrag (2 Erw.+Kinder)	☐	240,00 €		
Alleinerziehende (1 Erw.+Kinder)	☐	160,00 €	passive Mitgliedschaft	☐ 25,00 €

Es gelten die jeweils gültigen Beitragssätze. Aktive Mitglieder verpflichten sich jährlich 8 Arbeitsstunden zu leisten oder ersatzweise 12,- €/Std. zu entrichten. Jugendmitglieder sind bis einschl. 18 Jahren alt oder in der Ausbildung. Eine Kündigung muss bis zum 31. Dezember schriftlich bei der Vorstandschaft eingehen. Mit der Angabe der Emailadresse erkläre ich mich bereit, die Einladung zur jährlichen Mitgliederversammlung per Email zugesendet zu bekommen.

Datum, Ort _____ Unterschrift (bei minderjährigen der ges. Vertreter) _____

Datenschutz - Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Löschung) meines personenbezogenen Daten-/Bildmaterials für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann

Datum, Ort _____ Unterschrift (bei minderjährigen der ges. Vertreter) _____

SEPA-Lastschriftmandat - Ich ermächtige den TC Sasbachwalden, die Zahlungen des jährl. Mitgliedbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Sasbachwalden auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit einem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name Kontoinhaber _____

Strasse + Hausnummer _____ Datum, Ort _____

PLZ Wohnort _____ Unterschrift _____

DE _____ _____

IBAN BIC