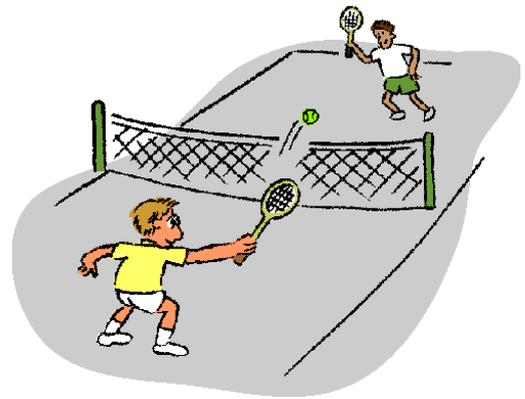


Clubanlage
67471 Elmstein / Iggelbach
Leimerweg



Beitrittserklärung Tennis

<input type="checkbox"/> Aktiv Kind bis 18 / Schüler	Jahresbeitrag 64,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 16,00 €
<input type="checkbox"/> Aktiv Erwachsener	Jahresbeitrag 124,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 31,00 €
<input type="checkbox"/> Aktiv Ehepaar	Jahresbeitrag 184,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 46,00 €
<input type="checkbox"/> Aktiv Familie	Jahresbeitrag 216,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 54,00 €
<input type="checkbox"/> Passiv Erwachsener	Jahresbeitrag 32,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 8,00 €
<input type="checkbox"/> Passiv Ehepaar	Jahresbeitrag 64,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 16,00 €
<input type="checkbox"/> Passiv Familie	Jahresbeitrag 92,00 €	Abbuchung ¼ jährlich 23,00 €

Zum TCE gehört die Ju-Jutsu Abteilung „Kobura Karate Jutsu Kai“.

Aktive Mitglieder des Tennis können nach Absprache ohne zusätzlichen Beitrag beide sportlichen Bereiche nutzen.

Kündigungsfrist ist ¼ jährlich zum Quartalsende

Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Familienangehörige:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor:

Tennis Club Elmstein e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Leimerweg

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

67471 Elmstein

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE78ZZZ00000570477

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*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

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

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

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

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