Tennisclub Salem e.V.

TC Salem e.V. Postfach 1208 88679 Salem

Antrag auf Mitgliedschaft im Tennisclub Salem e.V.

Bitte den Antrag in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname, Nachname		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, evtl.Teilort)		
Eintritt zum	**Geburtsdatum**	**Telefon**
Email		

Ich stimme einer Verarbeitung dieser Daten gemäß §3 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes zu.
Die Kündigung der Mitgliedschaft im Tennisclub Salem 1982 e.V. kann nur durch schriftliche Mitteilung zum 31.12. erfolgen.

Ich beantrage folgende Form der Mitgliedschaft

☐	Einzelmitgliedschaft Aktiv **€ 220,-** + Arbeitsstunden **€ 50,-**
☐	Passive Mitgliedschaft **€ 40,-**
☐	Schnuppermitgliedschaft (Jahresbeitrag **€ 220,-** ohne Arbeitsstunden. Ohne termingerechte Kündigung wird das Schnupperjahr automatisch zur Vollmitgliedschaft)
☐	Zweitmitgliedschaft **halber Jahresbeitrag** ohne Arbeitsstunden (bitte Nachweis bei welchem Verein die Erstmitgliedschaft besteht)
☐	Schüler, Student oder Erwachsene in Ausbildung (bitte entsprechenden Nachweis) Jugendliche bis 14 Jahre **€ 60,-** Jugendliche 15-18 Jahre **€ 80,-** Erwachsene 19-25 Jahre **€ 80,-**
☐	Familienmitgliedschaft **€ 440,-** + Arbeitsstunden für jedes Familienmitglied

1	Vorname, Name, Geburtstag, (aktiv, passiv, Schüler, Schnuppermitglied. Bitte entsprechenden Vermerk)
2	Vorname, Name, Geburtstag, (aktiv, passiv, Schüler, Schnuppermitglied. Bitte entsprechenden Vermerk)
3	Vorname, Name, Geburtstag, (aktiv, passiv, Schüler, Schnuppermitglied. Bitte entsprechenden Vermerk)
4	Vorname, Name, Geburtstag, (aktiv, passiv, Schüler, Schnuppermitglied. Bitte entsprechenden Vermerk)
5	Vorname, Name, Geburtstag, (aktiv, passiv, Schüler, Schnuppermitglied. Bitte entsprechenden Vermerk)

SEPA Lastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 18 ZZZ 00000257471

Ich ermächtige den Tennisclub Salem 1982 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tennisclub Salem e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Bezahldatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

D	**E**																				

BIC

Datum,Ort, Unterschrift