



Tennis Club Zapfendorf e.V.

Tennisanlage am Warmwasser-
und Freizeitbad Aquarena
Laufer Str. 51 | 96198 Zapfendorf
Tel.: 09547 / 6753
E-Mail: TC-Zapfendorf@t-online.de

VR Bank Bamberg e.G.

Verein

BIC: GENODEF1FOH
IBAN: DE84 7639 1000 0002 7176 54

Halle

BIC: GENODEF1FOH
IBAN: DE31 7639 1000 0102 7176 54

1. Vorsitzende
Ingrid Maßmann
Tel.: 09544 / 2395

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnort/PLZ _____ Straße _____

Telefon _____ Email _____

die Aufnahme in den TC Zapfendorf e.V. ab dem _____

	Jahresbeiträge	Arbeitsdienst	Jahreskarte Freibad
<i>(zutreffendes bitte ankreuzen)</i>			
<input type="checkbox"/> Erwachsene	125,00 €	100,00 €	X
<input type="checkbox"/> Ehepaare	190,00 €	200,00 €	X
<input type="checkbox"/> passive (Ehepaare)	40,00 € (70,00€)	0,00 €	X
<input type="checkbox"/> Schüler, Azubi,	65,00 €	50,00 €	35,00€
<input type="checkbox"/> Jugendliche bis 18 Jahre	45,00 €	50,00 €	35,00€
<input type="checkbox"/> Kinder bis 14 Jahre	40,00 €	0,00 €	35,00€

Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 01.02. Jahres, Spielgeld am 1.04. Jahres

Ort, Datum und Unterschrift

bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

Tennis-Club Zapfendorf e.V., Postfach 1213, 96198 Zapfendorf

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000171788

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den TC Zapfendorf e.V., Zahlungen von

meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Zapfendorf e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Bitte Kontoverbindung auf der Rückseite ausfüllen !



Tennis Club Zapfendorf e.V.

Tennisanlage am Warmwasser-
und Freizeitbad Aquarena
Lauer Str. 51 | 96198 Zapfendorf
Tel.: 09547 / 6753
E-Mail: TC-Zapfendorf@t-online.de

VR Bank Bamberg e.G.

Verein

BIC: GENODEF1FOH
IBAN: DE84 7639 1000 0002 7176 54

Halle

BIC: GENODEF1FOH
IBAN: DE31 7639 1000 0102 7176 54

1. Vorsitzende
Ingrid Maßmann
Tel.: 09544 / 2395

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers