

Aufnahmeantrag**Kinder + Jugend**

| | | | |
|---------------|----------------------|----------|----------------------|
| Name: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Email: | <input type="text"/> |
| Anschrift: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |

Hiermit beantrage ich für mich oder meinen Familienangehörigen die Mitgliedschaft beim TC Opfingen.

Kinder und Jugendliche spielen **einmalig** im ersten Jahr (Eintrittsjahr) **beitragsfrei**.

In den folgenden Jahren werden die unten aufgeführten Beiträge verrechnet.

Bei Fragen sprechen sie bitte per E-Mail unsere Jugendwartin an.

Den ausgefüllten Mitgliedsantrag senden sie bitte an: **jugend@tc-opfingen.de**

| | Jahresbeitrag |
|---|----------------------|
| <input type="radio"/> Familienbeitrag: | 250,- |
| <input type="radio"/> Vollmitglied | 140,- |
| <input type="radio"/> Ehe- / Lebenspartner | 100,- |
| <input type="radio"/> Mitglied über 18 Jahren als Schüler, Azubi oder Student (mit Nachweis) | 80,- |
| <input type="radio"/> Mitglied unter 18 Jahren | 50,- |
| <input type="radio"/> Passives Mitglied | 15,- |

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung der auf dem Datenerfassungsbogen enthaltenen Daten, für die Zwecke des TENNIS-CLUB OPFINGEN e.V., bin ich einverstanden.

Im Eintrittsjahr fallen **keine** Arbeitsstunden an. Ansonsten müssen aktive Mitglieder ab 16 Jahren jährlich 5 Arbeitsstunden oder ersatzweise 12 Euro für jede nicht geleistete Arbeitsstunde erbringen.

Opfingen, den _____

Unterschrift
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Anlage zum Aufnahmeantrag von:

(Sofern auf einem separaten Blatt gedruckt und nicht Rückseite des Antrags, unbedingt angeben)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren - Wiederkehrende Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TC Opfingen e.V.

1. Vorsitzende

Sabine Danzeisen

Freiburger Str. 2a

79112 Freiburg-Opfingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 88 ZZZ 00000322947

Mandatsreferenz-Nr.

WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich/Wir ermächtige(n) den TC Opfingen e.V., Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom TC Opfingen e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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

Angaben Kontoinhaber / Zahler

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ + Wohnort

Telefon-Nr.

E-Mail

IBAN:

DE

BIC:

, den

Unterschrift:

(alle Informationen notwendig. Bei fehlenden Angaben wird der Antrag bis zur Vollständigkeit zurückgewiesen)