

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage den Beitritt zum Tennis-Club TC Grün-Rot Kelheim e. V.  
unter Anerkennung der Satzung

als  aktives  passives Mitglied

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreter)

Mit beiliegendem SEPA-Lastschriftmandat ermächtige ich den Einzug  
des Jahresbeitrags und der Arbeitseinsatzablöse durch den Verein.

Unterschrift:

Die Mitgliedschaft beginnt mit der Bestätigung durch den Vorstand und der Zahlung des ersten  
Jahresbeitrages.

Der Vorstand

1. Vorsitzender  
Manfred Theunert

2. Vorsitzender  
Dr. Gernot Schindler

Schatzmeister  
Dr. Gernot Schindler  
Gerd Aufleger

Schriftführer  
Andreas Plank

Sportwart  
Christian  
Niedermeier

Jugendwarte  
Sandra Huber  
Juri Weinberger

Anlagenwart  
Organisationsleiter  
Josef Pöllmann

Vollmitglied	Euro 113,--
Zweitmitglied	Euro 87,--
Weiteres erwachsenes Familienmitglied In Ausbildung	Euro 52,--
In Berufsausbildung stehende Erwachsene	Euro 62,--
Jugendliche ab 14	Euro 52,--
Kinder unter 14	Euro 36,--
Arbeitseinsatz ab 18 Jahre	Euro 34,--
Familienbeitrag	Euro 220,--
Passive Mitglieder	Euro 21,--

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Tennisclub Grün-Rot Kelheim e. V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Postfach 1712

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

93309 Kelheim

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 5 6 T G R 0 0 0 0 0 2 9 7 7 2 1

**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:****IBAN 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:**