

Kirdorfer Tennis-Club e.V.
 c/o Thomas Bohr
 Stichelfeldstrasse 9
 D-61350 Bad Homburg v.d.H.

Aufnahmeantrag (Antragsbestätigung)

Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum (Tag/Mon/Jahr) ____/____/____	
Strasse, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon tagsüber	Telefon privat	Mobiltelefon	
E-Mail-Adresse		<input type="checkbox"/> 425€ Familie <input type="checkbox"/> 195€ 1. Erwachsener <input type="checkbox"/> 150€ 2. Erwachsener <input type="checkbox"/> 110€ Jugendl. Ü. 18J <input type="checkbox"/> 80€ Kind unter 18J	
Der Aufnahmeantrag gilt auch für folgende Familienmitglieder, die unter der gleichen Anschrift wohnhaft sind:			
Name	Vorname	Geb.Datum ____/____/____	<input type="checkbox"/> 150€ 2. Erwachsener <input type="checkbox"/> 110€ Jugendl. Ü. 18J <input type="checkbox"/> 80€ Kind unter 18J
E-Mail-Adresse			
Name	Vorname	Geb.Datum ____/____/____	<input type="checkbox"/> 110€ Jugendl. Ü. 18J <input type="checkbox"/> 80€ Kind unter 18J
E-Mail-Adresse			
Name	Vorname	Geb.Datum ____/____/____	<input type="checkbox"/> 110€ Jugendl. Ü. 18J <input type="checkbox"/> 80€ Kind unter 18J
E-Mail-Adresse			
Jahresbeitrag total: (Max. €425,- für Familien)			
Bearbeitungsgebühr:			€ 25,-
Gesamtsumme der ersten Lastschrift:			

Der Antrag ist nur dann vollständig, wenn das umseitige SEPA-Einzugsverfahren korrekt ausgefüllt sowie vom Kontoinhaber unterschrieben dem KTC vorliegt.

 Datum / Antragsteller

 Datum / Vorstand

Der Vorstand kann den Antrag ohne Begründung ablehnen.

⁽¹⁾ – siehe Betragsordnung



Bankverbindung: Frankfurter Volksbank
IBAN: DE02 5019 0000 0000 8528 21
BIC: FFVBDEFFXXX

Kirdorfer Tennis-Club e.V.
c/o Thomas Bohr
Stichelfeldstrasse 9
D-61350 Bad Homburg v.d.H.

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE26ZZZ00000517287
Mandatsreferenz: wird nach erfolgter Aufnahme mitgeteilt

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Kirdorfer Tennisclub e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Kirdorfer Tennisclub e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

____-____-____ | ____-____
BIC

DE ____ | ____-____ | ____-____ | ____-____ | ____-____ | ____
IBAN

__/__/____
DATUM

ORT

Unterschrift