

Luckenwalder Tennisclub e. V.

Mitglied im Tennisverband Berlin Brandenburg



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft beim Luckenwalder Tennisclub e. V.

Name:

Vorname:

Wohnanschrift:

Geburtsdatum:

Beruf/Tätigkeit:

Telefon:

Mail-Anschrift:

Beginn der Mitgliedschaft ab:

Der Mitgliedsbeitrag ergibt sich aus der Beitragsordnung des Clubs.

Der Austritt ist in schriftlicher Form an den Vorstand zu richten. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresabschluss (§4 Abs. 4 der Vereinsatzung).

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung und Satzung des Luckenwalder Tennisclub e. V. an (Beitragsordnung und Satzung ausgehändigt).

Mit der Bekanntgabe meiner Mail-Anschrift erkläre ich mein Einverständnis mit dessen Verwendung zu clubinternen Informationen.

Luckenwalde, den

Unterschrift
(Bei Mitgliedern unter 18 Jahren -
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

1. Vorsitzende:	Jacqueline Scholz	14943 Luckenwalde	Ahornallee 14	Tel.: 03371/611990
2. Vorsitzende:	Dagmar Reiprich	14943 Luckenwalde	Eichenstr. 2	Tel.: 03371/642893
Kassenwart:	Phill-Christopher Wechsel	14943 Luckenwalde	Auf dem Sande 39	Tel.: 017101286905

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: