



Tennis Club Zapfendorf e.V.

Laufer Str. 51 | 96198 Zapfendorf

E-Mail: tczapfendorf@gmail.com

Website: <https://tczapfendorf.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. Vorsitzender

Jürgen Hohl

Tennisclub Zapfendorf e.V.

Laufer Str.51

96199 Zapfendorf

tczapfendorf@gmail.com

Aufnahmeantrag:

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wohnort/PLZ _____ Straße _____

Telefon _____ Email _____

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

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

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

Ort, Datum und Unterschrift _____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum und Unterschrift _____



Tennis Club Zapfendorf e.V.

Lauer Str. 51 | 96198 Zapfendorf

E-Mail: tczapfendorf@gmail.com

Website: <https://tczapfendorf.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. Vorsitzender

Jürgen Hohl

Tennisclub Zapfendorf e.V.

Lauer Str.51

96199 Zapfendorf

tczapfendorf@gmail.com

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.

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) _____

BIC ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN _____

Datum, Ort _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____