

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Tennisclub - Flomersheim 1979 e.V. mit Wirkung

vom \_\_\_\_\_.

aktives Mitglied  
 passives Mitglied

aktives Mitglied  
 passives Mitglied

## Persönliche Angaben

## Ehe-/Lebenspartner

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Kind / Jugendlicher

## Kind / Jugendlicher

aktives Mitglied  
 passives Mitglied

aktives Mitglied  
 passives Mitglied

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkenne die Vereinssatzung in vollem Umfang an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Beiträge und alle satzungsgemäße Entgelte.

Mit einer Datenerfassung und Datenübermittlung für vereinsinterne Zwecke erkläre ich mich einverstanden.

**Ja    Nein (nichtzutreffendes streichen)**

Frankenthal den, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragssteller bzw. des/der  
Erziehungsberechtigten

Zusätzlich bin ich mit der Anfertigung von Foto- und/oder Videoaufnahmen einverstanden. Diese Aufnahmen dürfen auch veröffentlicht werden. Aus der Zustimmung zur Veröffentlichung leite ich keine Rechte (z.B. Entgelt) ab. **Ja    Nein (nichtzutreffendes streichen)**

Frankenthal den, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragssteller bzw. des/der  
Erziehungsberechtigten

## **SEPA – LASTSCHRIFTMANDAT**

TENNISCLUB FLOMERSHEIM, FALTERSTRASSE 16; 67227 FRANKENTHAL  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000153018 Mandatsreferenz 987543CB2

Ich ermächtige den TCF, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TCF 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 und Unterschrift