



**Aufnahmeantrag kann nur mit Erteilung
eines SEPA-Lastschriftmandats
gestellt werden**

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ email-Adresse: _____

Tel. Festnetz: _____ Mobil: _____

Ich beantrage die Mitgliedschaft als aktives Mitglied passives Mitglied
 Tenniscard-Inhaber saisonaler Gastspieler (§7a
der Satzung)

Mit der Aufnahme als Clubmitglied erkenne ich gleichzeitig die Satzung und die Beitragsordnung des TC-Drensteinfurt in der jeweils gültigen Fassung an. Auch ist mir bekannt, dass die persönlichen Daten beim Tennis-Club gespeichert werden. Die Informationspflichten gemäß Artikel 12 bis 14 DSGVO habe ich gelesen (www.tc-drensteinfurt.de, downloads) und zur Kenntnis genommen.

Für Volljährige: Ich willige ein, dass Fotos und Videos von meiner Person bei sportlichen Veranstaltungen und zur Präsentation von Mannschaften angefertigt und auf der homepage des Vereins und regionalen Presseerzeugnissen veröffentlicht werden (weitere Erläuterungen auf www.tc-drensteinfurt.de, downloads.)

Ja Nein

Für Jugendliche: Als Sorgeberechtigte sind wir damit einverstanden, dass unser Kind ab dem 16. Lebensjahr an der Mitgliederversammlung teilnehmen kann und dort auch stimmberechtigt ist.

Ja Nein

Ich/wir habe/haben auch die Einwilligung Veröffentlichung der Personenbilder und Videoaufzeichnungen zur Kenntnis genommen und bin/sind mit der Veröffentlichung einverstanden.

Ja Nein

Unterschrift Antragsteller bzw. Sorgeberechtigte

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung der Beiträge erfolgt durch Bankeinzug zu den im Aushang des Vereinsheims genannten Terminen.

Zahlungsempfänger:

Tennisclub Drensteinfurt von 1972 e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE64ZZZ00001049230

Mandatsreferenz

wird in der Aufnahmebestätigung genannt

SEPA-Lastschriftmandat

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

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort _____

BIC: _____ **IBAN :DE** _____

Ort, Datum

Unterschrift für Lastschrift

Geschäftsführer

Gerhard Herrmann
Neissegweg 8
48317 Drensteinfurt
Telefon: 02508-8800

Platzanlage

Sportzentrum Erfeld
Kleiststrasse 18
48317 Drensteinfurt
Telefon: (02508)1533

Bankverbindung

Vereinigte Volksbank Münster
BLZ 40160050
Kontonummer 4300616200
IBAN: DE 95 4016 0050 4300 6162 00