

## Aufnahmeantrag für Familien und Einzelmitglieder

Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße und Hausnummer	Plz/Wohnort

Tel. privat	Tel. dienstlich	Tel. mobil	E-Mail

Ich/wir beantrage(n) die Mitgliedschaft im Tennisverein Langenhagen e.V. und zwar als

- |  |          |  |          |
|--|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied über 18 Jahre          | 200,-- € | <input type="checkbox"/> Ehepaar ohne Kind(er)                           | 325,-- € |
| <input type="checkbox"/> Ehepaar mit einem Kind                | 340,-- € | <input type="checkbox"/> Ehepaar mit 2 oder mehr Kindern                 | 360,-- € |
| <input type="checkbox"/> Jugendlicher bis 18 Jahre             | 100,-- € | <input type="checkbox"/> Jugendlicher bis 18 Jahre mit einem Erwachsenen | 80,-- €  |
| <input type="checkbox"/> Schüler, Student, Azubi über 18 Jahre | 110,-- € | <input type="checkbox"/> Fördermitglied                                  | 85,-- €  |
| <input type="checkbox"/> Passives Mitglied                     | 50,-- €  |  |          |

Hinweis gem. DSGVO: Personenbezogene Daten werden nur zu Vereinszwecken EDV-mäßig erfasst. Ich bin damit einverstanden, dass die persönlichen Daten gespeichert und ausschließlich an die übergeordneten sportlichen Organisationen weitergeleitet werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Tennisverein Langenhagen e.V. an.

Langenhagen, den \_\_\_\_\_ Datum  
 \_\_\_\_\_ Unterschrift, bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte(n)

**Die Beiträge und die zu zahlenden verzehrten Getränke werden im Rahmen des nachfolgenden SEPA-Mandats eingezogen.**

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE891110000013402**  
 Mandatsreferenz: *wird später mitgeteilt*

Ich ermächtige den Tennisverein Langenhagen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Tennisverein Langenhagen 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

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 IBAN: D E \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Langenhagen, den \_\_\_\_\_ Datum  
 \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber