

Tennisclub Bochum-Süd e.V.



1. Vorsitzender: Klaus J. Ehl, Munscheider Str. 129, 44869 Bochum, Tel. 02327 / 77255
Platzanlage: Brannenweg/Halfmannswiese, 44879 Bochum, Tel. 0234 / 410318
Konto: Sparkasse Bochum Nr. 5 305 818 (BLZ 430 500 01) | www.tc-bochum-sued.de
IBAN: DE69 4305 0001 0005 3058 18 / **BIC:** WELADED1BOC

Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

1. Vollmitglied

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Beruf: _____
Straße: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

gewünschte Mitgliedschaft: aktiv passiv
Eintritt: sofort zum: _____

Der Antrag gilt auch für folgende Familienmitglieder:

2. Ehepartner Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
3. Kind Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
4. Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
5. Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Sind bereits Familienmitglieder Mitglied des TC Bochum-Süd? Wenn ja, bitte benennen:

Vorname: _____ Mitglieds-Nr.: _____
Vorname: _____ Mitglieds-Nr.: _____
Vorname: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Ort, Datum:

Unterschrift

Wird vom TC Bochum-Süd ausgefüllt:

Eingang: _____ Unterschrift: _____
antragsgemäße Aufnahme: ja nein, weil _____

Bitte das umseitige SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen !

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 (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe 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 (name see above) 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 (name see above).

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

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

Ort / Location:

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

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