



Tennis Sport Club Rot-Weiß
Nordstraße 41
49497 Mettingen

Internet: www.tsc-rw-mettingen.de
E-Mail: info@tsc-rw-mettingen.de

Aufnahmeantrag

Antragsteller:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel. Nr.:

E-Mail :

**beantragt die Aufnahme in den Tennissportclub TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.
für**

Erwachsene (1. Person)

Name: Vorname: geb.

Erwachsene (2. Person)

Name: Vorname: geb.

Kinder

Name: Vorname: geb.

Name: Vorname: geb.

Name: Vorname: geb.

Die gesetzlichen Vertreter des minderjährigen Vereinsmitgliedes verpflichten sich, mit der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages die Beitragspflichten des Minderjährigen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs persönlich zu erfüllen.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Nordstr. 41

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

49497 Mettingen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE77ZZZ00001161031

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.** 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 **TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.** 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 **TSC Rot-Weiß Mettingen e.V.**.

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***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

12.08.2020

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