

# TCE Tennisclub 1950 Eilendorf e.V.

## Beitrittserklärung für 2023

Bitte zurück an den TCE, Haarhofstraße 85, 52080 Aachen  
oder an ein Vorstandsmitglied

**Hiermit erkläre ich den Beitritt in den Tennis-Club 1950 Eilendorf e.V.**

- |                       |   |               |   |        |
|-----------------------|---|---------------|---|--------|
| <input type="radio"/> | als ordentliches/aktives Mitglied                 | Jahresbeitrag | € | 225,-- |
|                       | als Schüler/Jugendlicher/Student (bis max. 27J.), | Jahresbeitrag |   |        |
|                       |   | bis 18 Jahre  | € | 75,--  |
|                       |   | ab 18 Jahre   | € | 85,--  |
| <input type="radio"/> | als inaktives Mitglied                            | Jahresbeitrag | € | 50,--  |
| <input type="radio"/> | als Vormittagsspieler                             | Jahresbeitrag | € | 150,-- |

**Mit der Vereinssatzung erkläre ich mich einverstanden – diese kann im Clubhaus eingesehen werden. Die beigefügten Datenschutzinformationen im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.**

Die Aufnahme erfolgt gegen Zahlung bzw. Abbuchung des fälligen Jahresbeitrages.  
In den Folgejahren ist der Beitrag für Barzahler im Januar fällig.  
Im Einzugsverfahren wird der Beitrag in der Regel Mitte März abgebucht  
Das Geschäftsjahr beginnt am 1. 1. und endet am 31. 12. eines jeden Jahres.

**Kündigungen haben bis zum 31. 12. für das folgende Jahr zu erfolgen.**

**Familienname:** .....**Vorname:** .....

**Geb.-Datum:** .....**Nationalität:** .....**Beruf:** .....

**Adresse:** .....

**Telefon:** ..... **E-mail:** .....

**Ort/ Datum:** .....**Unterschrift:** .....

**SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE85ZZZ00000509338**

**Mandatsreferenznummer = Mitgliedsnummer (ersichtlich bei SEPA-  
Inkasso)**

Hiermit ermächtige ich den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene 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.

**Kontoinhaber.....**

**Name des  
Kreditinstituts.....**

**BIC .....**

**IBAN des Zahlungspflichtigen .....**

**Ort:.....Datum:.....**

**Unterschrift des  
Kontoinhabers.....**