



AUFNAHMEANTRAG

Der Unterzeichnete erklärt hiermit seinen Beitritt zum TC Rot-Weiß Eschenried und erkennt durch seine Unterschrift dessen Satzung an.

Nachname, Vorname *: _____
Adresse *: _____
Geburtsdatum *: _____
Telefon, Mobil *: _____
Email *: _____
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: _____

Vereinsbeitrag *:

Kinder Bis 14 Jahre	100 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Jugendliche 15 bis 18 Jahre	150 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Azubis / Studenten Auszubildende und Studenten bis zum Ende der Ausbildung	150 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Erwachsene Aktive, erwachsene Einzelpersonen	330 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Familie Ehepaare und Lebensgemeinschaften und deren Kinder bis zum Alter von 18 Jahren	600 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Fördermitglieder Passive Mitglieder, die nicht spielberechtigt sind	150 € / pro Jahr	<input type="checkbox"/>

Mitglieder haben ab dem Alter von 14 Jahren einen Arbeitseinsatz von 8 Stunden pro Jahr zu leisten. Die Ableistung der Arbeitsstunden muss zu Beginn der Saison erfolgen. Ersatzweise werden 80,- € fällig und am Jahresende eingezogen. Mitglieder sind ab 75 Jahre vom Arbeitseinsatz befreit. Ebenfalls befreit sind passive Mitglieder sowie Fördermitglieder.

Ort, Datum *

Unterschrift *

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats. Die Entrichtung des Beitrages erfolgt durch Bankeinzug regelmäßig jährlich.

Zahlungsempfänger: **TC Rot-Weiß Eschenried**

Gläubiger-Identifikationsnr.: **DE28TCE00000202583**

Mandatsreferenz:

Einzugsermächtigung: Ich ermächtige den TC Rot-Weiß Eschenried widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Rot-Weiß Eschenried auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den TC Rot-Weiß Eschenried, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TC Rot-Weiß Eschenried auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages erlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname des Kontoinhabers **: _____

Adresse **: _____

IBAN *: DE _____ BIC: _____
oder KontoNr. *: _____ Bankleitzahl: _____

Ort, Datum *

Unterschrift *

** Falls abweichend vom obigen Mitglied

* Pflichtfeld