

# Tennisclub Neukeferloh e.V.

Am Sportpark 1 • 85630 Grasbrunn



## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in den Tennisclub Neukeferloh e.V. und erkenne die bestehende Satzung als für mich verbindlich an. Die Satzung ist unter [www.tc-neukeferloh.de](http://www.tc-neukeferloh.de) nachzulesen. Änderungen bei den persönlichen Daten werde ich dem TC-Neukeferloh e.V. umgehend mitteilen.

Als Sportverein wollen wir sportliche Aktivitäten sowohl auf unserer Homepage als auch in sozialen Medien, wie Tageszeitungen oder Broschüren präsentieren. Zu diesem Zweck möchten wir Fotos aus dem Vereinsleben verwenden, auf denen eventuell auch Sie oder Ihre Kinder individuell erkennbar sind. Aus rechtlichen Gründen ("Recht am eigenen Bild") ist dies nur mit Ihrem Einverständnis möglich. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Aufnahmeantrag erteilen Sie uns hierzu die erforderliche Einverständniserklärung.

### Ich bitte um Aufnahme als

**aktives/passives/jugendliches Mitglied / Familie**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Mannschaftsspieler **ja / nein**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Für nicht erbrachte Arbeitsleistung (mind. 1 Stunde) wird ein jährlicher Beitrag in Höhe von € 25,- erhoben. (gilt nur für aktive Mitglieder ab 18 Jahre)

VR München Nr. 6508  
**1. Vorsitzender**  
Hans Greineder  
Tel. 089 18944590

**Bankverbindung:**  
Kreissparkasse München  
IBAN: DE63 7025 0150 0270 3410 19  
BIC: BYLADEM1KMS

# Tennisclub Neukeferloh e.V.

Am Sportpark 1 • 85630 Grasbrunn



Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz: (Mitgliedsnummer)

**DE31ZZZ00000211356**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TC Neukeferloh, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TC Neukeferloh 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.

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ / Ort

\_\_\_\_\_

Kontoverbindung

IBAN Name des Kreditinstituts

DE

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

Unterschrift

VR München Nr. 6508  
**1. Vorsitzender**  
Hans Greineder  
Tel. 089 18944590

**Bankverbindung:**  
Kreissparkasse München  
IBAN: DE63 7025 0150 0270 3410 19  
BIC: BYLADEM1KMS