



SGP OBERLOHBERG E.V.

Tennisabteilung

Gärtnerstr. 115, 46539 Dinslaken
 Tel. 02064/93000 Fax. 02064/473186
 Abteilungsleiter: Heinz Piechula
 Kassierer: Heinz Schröder Tel. 02064 770240

Internet: SGPO.de
 e-mail: kontakt@sgpo.de

AUFNAHMEANTRAG					
NAME:		TELEFON:		E-MAIL:	
VORNAME	GEBURTSDATUM	Bereits Mitglied im Hauptverein	VORNAME	GEBURTSDATUM	Bereits Mitglied im Hauptverein
		(bitte ankreuzen, falls zutreffend) <input type="checkbox"/>			(bitte ankreuzen, falls zutreffend) <input type="checkbox"/>
STRASSE,NR:					
PLZ:		WOHNORT:			

Die persönlichen Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke gespeichert. Die Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Ich (Wir) beantrage(n) die Aufnahme in die Abteilung Tennis der SGP Oberlohberg e.V. Ich (Wir) erkläre(n) mich (uns) bereit, die Satzung anzuerkennen und den gültigen Beitrag zu bezahlen. Der Austritt ist dem geschäftsführenden Vorstand schriftlich mitzuteilen. Nach § 4 Abs. 2 der Vereinssatzung ist ein Austritt nur zum Ende eines Quartals unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zulässig. Der Beitrag ist bis zum Ende des Austritts quartals zu zahlen. Jedes Mitglied der Tennisabteilung ist Mitglied des Hauptvereins und hat zusätzlich den Beitrag des Hauptvereins zu entrichten (Erwachsene 10,00 €, Jugendl. 7,00 €, Familien 16,00 € pro Monat).

Beitragsstaffel: € pro Monat (bitte ankreuzen)

Jugendl. bis 18 Jahre	4,00	
Erwachsene	9,00	
Ehepaar	14,00	
Ehepaar mit 1 Kind bis 14	17,00	
Jed. Weitere Kind	0,00	
Schüler, Studenten, Auszub., Wehrpfl. Zivildienstl.	5,00	
Passiv	4,00	

_____ Datum

_____ Unterschrift(n)

_____ des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Erteilung eines SEPA-Lastschriftsmandats

Zahlungsempfänger: SGP Oberlohberg e.V. Gläubiger-ID: DE39ZZZ00000489311

Mandatsreferenz: _____ (wird von der SGP ausgefüllt und per E-Mail oder wenn nicht vorhanden auf dem Postweg nachgereicht)

SEPA-Lastschriftsmandat: Ich ermächtige die SGP Oberlohberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SGP Oberlohberg 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.

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

IBAN: DE _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

Name und Anschrift des Kontoinhabers
 (falls abweichend) _____

Änderungen der Bankverbindung werde ich Ihnen rechtzeitig mitteilen. Sollten dem Verein aus der Nichteinlösung der Lastschrift Kosten entstehen, die dieser nicht zu vertreten hat, verpflichte ich mich, diese zu erstatten.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Kontoinhabers