

## Buchung eines Hallen-Abonnements

Hiermit buche ich ein Hallen-Abonnement für die kommende Winter-Hallensaison vom 25. September 2017 bis 22. April 2018 (30 Spielstunden)

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

E-Mail .....

Mitglied des Vereins:  nein  ja Mitgliedsnummer: .....

Wunschtermin 1: \*) ..... (Wochentag / Uhrzeit)

Wunschtermin 2: ..... (Wochentag / Uhrzeit)

Alternativ: \*) ..... (Wochentag / Uhrzeit)

\*) freie Zeiten können dem Belegungsplan entnommen werden (siehe Aushang im Clubhaus oder auf unserer Internet-Seite)

Preise / Std. *)	Mitglieder	Nichtmitglieder
montags – freitags von 8.00 – 14.00 Uhr u. von 21.00 – 23.00 Uhr, sowie samstags und sonntags ganztägig	€ 380,00	€ 420,00
montags – freitags von 14.00 - 17.00 Uhr	€ 460,00	€ 510,00
montags – freitags von 17.00 – 21.00 Uhr	€ 510,00	€ 560,00

\*) inkl. 7% MWSt. für Mitglieder / inkl. 19% MWSt. für Nichtmitglieder

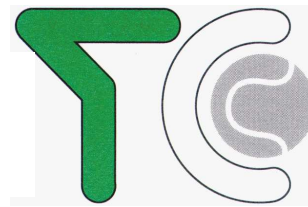
### Laufzeit des Abonnements

- nur für eine Winter-Hallensaison
- bis auf weiteres:  
Das Abonnement verlängert sich dann jeweils um eine weitere Winter-Hallensaison, sofern nicht bis zum 15. Juni des jeweiligen Jahres eine schriftliche Kündigung erfolgt

### Zahlungsart (fällig am Beginn der Spielsaison)

- per SEPA Lastschriftmandat (**empfohlen**) - bitte zweite Seite ausfüllen !
- Barzahlung/Überweisung

....., den .....  
(Unterschrift)



**SEPA-Lastschriftmandat**

Name des Zahlungsempfängers: **TENNISCLUB GRÜN-WEISS BRÜSER BERG e. V.**  
 Anschrift des Zahlungsempfängers: **An der Haeschmaar 22, 53125 Bonn**  
 Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE78ZZZ00000286170**

**Mandatsreferenz:** (wird vor Fälligkeit mitgeteilt):  
**sofern Vereinsmitglied:** XXXX-JJJJ (XXXX = Mitgliedsnummer-JJJJ = Eintrittsjahr)  
**sofern kein Vereinsmitglied:** TCGW-XXXXXXX (XXXXXXX = Kundennummer)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

.....

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_ **Postleitzahl und Ort:** \_\_\_\_\_

.....

**Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt auch / nur <sup>1</sup> für Zahlungsverpflichtungen von**

Name, Vorname .....

Name, Vorname .....

Name, Vorname .....

<sup>1</sup> nicht zutreffendes bitte streichen

**IBAN des Zahlungspflichtigen:**

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Unterschrift (en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

.....

**Hinweis:** Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.