

Buchung eines Hallen-Abonnements

Hiermit buche ich ein Hallen-Abonnement für die kommende Winter-Hallensaison vom 24. September 2018 bis 21. April 2019 (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

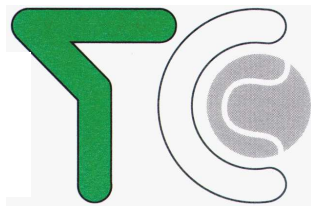
Laufzeit des Abonnements

- 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 ¹ für Zahlungsverpflichtungen von

Name, Vorname

Name, Vorname

Name, Vorname
¹ 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.