## **Buchung eines Hallen-Abonnements**

Hiermit buche ich ein Hallen-Abonnement für die kommende Winter-Hallensaison vom 21. September 2020 bis 18. April 2021 (30 Spielstunden)

Name:				
Vorname:				
Anschrift:				
Telefon:				
E-Mail				
Mitglied des Vereins:	□ nein □ ja Mitgliedsnummer:			
Wunschtermin 1: *)				
Wunschtermin 2:	(Wochentag / Uhrzeit)			
Alternativ: *)		(Woch	entag / Uhrzeit)	
*) freie Zeiten können dem Belegungsplan entnommen werden (siehe Aushang im Clubhaus oder auf unserer Internet-Seite)				
Preise *)	9.00 14.00 llbr u von 21.00 22.00 llbr	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. dem gesetzlichen MwSt-Satz, der bei Dauerleistungen am Ende der Leistung im April 2021 gilt  Laufzeit des Abonnements				
□ nur für eine Winter-Hallensaison				
<ul> <li>□ bis auf weiteres:</li> <li>□ Das Abonnement verlängert sich dann jeweils um eine weitere Winter-Hallensaison, sofern nicht bis zum 15. Juni des jeweiligen Jahres eine schriftliche Kündigung erfolgt</li> </ul>				
Zahlungsart (fällig am Beginn der Spielsaison)				
□ per SEPA Lastschriftmandat (empfohlen) - bitte die Rückseite ausfüllen !				
□ Barzahlung/Überw	eisung			
	(	,		





E.V.

SEPA-Lastschriftmandat			
Name des Zahlungsempfängers: Anschrift des Zahlungsempfängers:	TENNISCLUB GRÜN-WEISS BRÜSER BERG e. V. An der Haeschmaar 22, 53125 Bonn		
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE78ZZZ00000286170		
Mandatsreferenz: (wird vor Fällig sofern Vereinsmitglied: sofern kein Vereinsmitglied:	gkeit mitgeteilt):  XXXX-JJJJ (XXXX = Mitgliedsnummer-JJJJ = Eintrittsjahr)  TCGW-XXXXXX (XXXXXX = Kundennummer)		
unserem Konto mittels Lastschri: vom Zahlungsempfänger (Name Hinweis: Ich kann / Wir können	n den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / ft einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die es verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut		
Name des Zahlungspflichtigen	(Kontoinhaber):		
Anschrift des Zahlungspflichtig Straße und Hausnummer:	gen (Kontoinhaber): Postleitzahl und Ort:  at 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 Zahlungs	pflichtigen (Kontoinhaber):		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	• • •		

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