

Beitrittserklärung

TennisClub Weismain e.V.



Ich erkläre durch meine Unterschrift meinen Beitritt als Mitglied des TennisClub Weismain e.V.

Jahresbeitrag (zutreffendes Bitte ankreuzen):

- | | | |
|-----------------------|---|---------|
| <input type="radio"/> | Kinder 6 – 12 Jahre | 10,- € |
| <input type="radio"/> | Jugendliche 13 – 18 Jahre, Studenten, Auszubildende | 20,- € |
| <input type="radio"/> | Erwachsene | 100,- € |
| <input type="radio"/> | Passives Mitglied | 40,- € |
| <input type="radio"/> | Familienbeitrag | 150,- € |

Erwachsene:

- | | | | |
|----------------|-------|-----------------|-------|
| 1. Name | _____ | Vorname | _____ |
| Straße | _____ | PLZ + Wohnort | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Telefon / Handy | _____ |
| E-Mail Adresse | _____ | | |
| 2. Name | _____ | Vorname | _____ |
| Straße | _____ | PLZ + Wohnort | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Telefon / Handy | _____ |
| E-Mail Adresse | _____ | | |

Jugendliche bis 18 Jahre:

- | | | | |
|--------------|-------|-----------------|-------|
| 1. Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Telefon / Handy | _____ |
| 2. Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Telefon / Handy | _____ |
| 3. Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Telefon / Handy | _____ |

Die Satzung des TennisClub Weismain e.V., des Bayerischen Tennisverbandes e.V. und des Bayerischen Landessportverbandes e.V. werden als verbindlich anerkannt.

Ich versichere, dass ich bei einer Pflicht-, Ersatz- oder Privatkrankenkasse krankenversichert bin.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____