



Antrag auf Mitgliedschaft im TTC Westfalia Wattenscheid e.V.



(Bitte das Formular in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname des Mitglieds: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Mail-Adresse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Der Antrag auf **Ersterteilung einer Spielberechtigung** soll beim Tischtennisverband WTTV gestellt werden. (entsprechendes bitte ankreuzen)

JA	NEIN
----	------

Die Satzung des **TTC Westfalia Wattenscheid e.V.** (einzusehen unter www.ttc-ww.de) wird mit der Unterschrift anerkannt.

Aktuelle Beitragssätze (entsprechendes bitte ankreuzen)			
Art der Mitgliedschaft		Beitrag	Kreuz
Passive Mitglieder		24,00 EUR	
Aktive Mitglieder	Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	50,00 EUR	
	Schüler / Studenten / Azubis bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	50,00 EUR	
	Erwachsene	96,00 EUR	

Der Beitrag wird am 01.02. des jeweiligen Jahres vom Konto per Lastschrift eingezogen.

Bochum, den _____
(Unterschrift des neuen Mitglieds)

Mit der Unterschriftsleistung erklären wir uns als gesetzliche Vertreter bereit, für Forderungen des Vereins aus dem Mitgliedschaftsverhältnisses einzutreten.

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Bochum, den _____
(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)



SEPA-Basislastschrift

(Bitte das Formular in Druckbuchstaben ausfüllen)



TTC Westfalia Wattenscheid e.V.

Kirchstr. 64, 44866 Bochum

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE85TTC 00000702950

Mandatsreferenznummer:

wird gesondert mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den TTC Westfalia Wattenscheid e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem TTC Westfalia Wattenscheid e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Ort, Datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen

**Bitte den Antrag auf Mitgliedschaft zusammen mit der SEPA-Basislastschrift
persönlich an ein Vorstandsmitglied überreichen oder
per Mail an folgende Adresse:**

moliveira@arcor.de