



Tennisclub Ellerbek

und Deutsche Tennisschule Ellerbek



Anmeldung für **Schnuppertraining** (max. für 1 Jahr möglich)

Das Sommertraining beginnt am 02.Mai und endet am 30. September.

Das Wintertraining beginnt am 01. Oktober und endet am 30. April.

In den Schulferien Schleswig-Holstein findet **kein** Training statt.

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Mail-Adresse	

2.Trainingsstunde : ja : nein:

Eine 2. Trainerstunde ist, soweit es unsere Kapazitäten zulassen, möglich. Die Kosten für diese Stunde betragen nur 2/3 des Preises der ersten Stunde.

Die Trainingszeiten, die Verfügbarkeit und die Wünsche werden persönlich mit dem Trainer Jörg Hilpert besprochen. Sommer-Telefon- Tennisschule 04101-5173606

eMail: info@tennisschule-ellerbek.de

Hiermit melde ich meine(n) Tochter/Sohn verbindlich zum Tennistraining an.

Ein nachträgliches Fernbleiben oder nur teilweise Anwesenheit beim Training entbindet nicht von der Zahlung.

Kündigung: Die schriftliche Kündigung ist möglich, jeweils zum 30.April und 30.September eines Jahres mit einer Kündigungsfrist von einem Monat.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ich ermächtige den TC Ellerbek e.V., den Trainingsbeitrag von meinem nachstehend genannten Girokonto durch **SEPA-Lastschriftmandat** einzuziehen.

Bankverbindung für Lastschrifteinzug jeweils zum 15.11/15.02/15.05/15.08

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an, damit wir den Trainingsbeitrag per Lastschrift von Ihrem Konto einziehen können.

Kontoinhaber	
Bank/Sparkasse	
IBAN	
BIC	
BLZ	
Kontonummer	

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers : _____

Tennis-Club Ellerbek e.V. • Dubenhorst 7 • 25474 Ellerbek

E-Mail : info@tcellerbek.de

Internet: <http://www.tcellerbek.de>



SEPA Lastschriftmandat für Training

Zahlungsempfänger

Tennisclub Ellerbek e.V.

Dubenhorst 7

25474 Ellerbek

Germany

Gläubiger- Identifikationsnummer **DE31ZZZ00000903936**

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt.

Ich/wir ermächtigen den Tennisclub Ellerbek e.V. Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung jeweils zum 15.02./15.05./15.08./15.11.

Fällt das Fälligkeitsdatum auf ein Wochenende oder einen Feiertag, erfolgt die Belastung am folgenden Arbeitstag.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort Land _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) **DE** _____

BIC _____

Bank _____

Konto _____

Bankleitzahl _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen