



Aufnahmeantrag

Unser NTC Plus e.V. wurde im Februar 2015 mit dem Ziel gegründet, den Neuenhagener Tennisclub und seine Jugendarbeit gemeinnützig zu unterstützen.

Unsere vorrangigen Vereinszwecke sind:

- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, die im NTC Tennissport betreiben
- Förderung spezieller Projekte/Workshops und Finanzierung von Trainingsmaterialien
- Finanzierung des Trainingsangebotes bei förderungswürdigen Jugendlichen
- Unterstützung der Ausgestaltung des Trainingskonzeptes
- Ausstattung aller Mitglieder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit einer hochwertigen Teamkleidung

Unser **Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 24,- Euro/Jahr** und kommt zu 100% den Kindern und Jugendlichen des NTC zugute! Werden Sie Mitglied im Förderverein und unterstützen die Jugendarbeit des NTC 93 e.V. Bitte füllen Sie den Antrag und das SEPA-Formular aus.

Wir brauchen Sie!

Ich beantrage die Aufnahme in den NTC Plus e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Unterschrift: _____

Sie möchten Spenden? Selbstverständlich ist unser Förderverein steuerbegünstigt und kann Spenden- quittungen ausstellen. Die steuerliche Abzugsfähigkeit ist sowohl für Firmen als auch für Privatpersonen attraktiv.

Ihr Vorstand Janina Meyer-Klepsch

Jacqy Gantenbrink



SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein NTC Plus e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Hildesheimer Str.9-13

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

15366 Neuenhagen bei Berlin

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE96ZZZ00001743174

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Neuenhagen

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: