

# Anmeldung Tennistraining – Wintersaison 2024/2025

01.10.2024 bis 30.04.2025 in der Halle

Erforderliche Mitgliedschaft\* beim TuS Komet Arsten e.V. für  
zurzeit monatlich 15,50 € (U15) bzw. 22,50 € (Erwachsene)

## Kontaktdaten Teilnehmer

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten Erziehungsberechtigter (bei Teilnehmer unter 18)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Trainingsplanung und Verfügbarkeit

Für die Planung bitte nachfolgende Tabelle entsprechend ankreuzen und ausgefüllt persönlich dem Trainer oder per Mail an [tennis@tuskometarsten.de](mailto:tennis@tuskometarsten.de) bis zum 8. Sept. 2024 abgeben.

Bitte **alle möglichen Trainingstage und Zeiten** in den grauen Feldern ankreuzen!

Wichtig für die Gruppenzusammenstellung: Wenn ihr mit euren Freunden zusammen trainieren möchtet, gleich bitte die Wunschtrainingszeiten vorher miteinander ab!

Ich möchte zusammen trainieren mit (Freunde): \_\_\_\_\_

Ich möchte trainieren bei (Trainer): \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
15:00 - 16:00 Uhr					
16:00 - 17:00 Uhr					
17:00 - 18:00 Uhr					
18:00 - 19:00 Uhr					
19:00 - 20:00 Uhr					
20:00 - 21:00 Uhr					

	Samstag
10:00 - 11:00 Uhr	
11:00 - 12:00 Uhr	
12:00 - 13:00 Uhr	
13:00 - 14:00 Uhr	
14:00 - 15:00 Uhr	
15:00 - 16:00 Uhr	



**Einzugsermächtigung - SEPA-Lastschriftmandat (falls Lastschrift erwünscht und noch nicht erteilt)**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE86ZZZ00001125270. Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) wird bei der Abbuchung mitgeteilt.

Ich ermächtige den TuS Komet Arsten e.V. mittels Lastschrift Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TuS Komet Arsten 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt der Beitragseinziehung keine Deckung aufweisen und dem Verein durch die Zahlungsverweigerung des Geldinstitutes Kosten entstehen, werde ich diese dem Verein auf Anforderung unverzüglich erstatten.

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Teilnehmer):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

---

**Ort, Datum und Unterschrift Kontoinhaber**