

Lichtbild  
(wenn vorhanden)



Seiderstraße 5  
4030 Linz

Telefon: 0676/77 33 994  
0664/30 85 684

E-Mail: office@askoe-tennis-solarcity.at

## **BEITRITTSERKLÄRUNG**

(Bei Minderjährigen ist die Anmeldung vom Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Ich beantrage die Aufnahme in den Tennisverein ASKÖ solarCity Tennis.

### **Mitgliedsbeiträge pro Person und pro Saison:** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Kind, Jugendliche ohne Teilnahme an der Tennisschule bis zum vollendeten 18. Lj.          | € 50,00  |
| <input type="checkbox"/> Schüler(in), Student(in) bis zum vollendeten 26. Lebensjahr                               | € 115,00 |
| <input type="checkbox"/> A-Mitgliedschaft Erwachsene und Senioren  | € 175,00 |
| <input type="checkbox"/> B-Mitgliedschaft Erwachsene und Senioren (Spielberechtigung Mo.- bis So. bis max. 16 Uhr) | € 115,00 |
| <input type="checkbox"/> Partnertarif (Ehepaar oder Lebensgemeinschaft)  | € 320,00 |

Für Flutlichttennis wird zur Abdeckung der Stromkosten eine Gebühr von € 1,50 pro halber Stunde verrechnet.

|                     |                           |            |
|---------------------|---------------------------|------------|
| <b>ZUNAME</b>       | <b>VORNAME</b>            |            |
| <b>GEBURTSDATUM</b> | <b>STAATSBÜRGERSCHAFT</b> |            |
| <b>ADRESSE</b>      | <b>PLZ</b>                | <b>ORT</b> |
| <b>TELEFON</b>      | <b>HANDY</b>              |            |
| <b>FAX</b>          | <b>E-MAIL</b>             |            |

EINTRITTSDATUM: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass aus gesundheitlicher Sicht für mein Kind keinerlei Einschränkungen bei der Ausübung des Tennissports bestehen und es sportmotorisch uneingeschränkt geeignet ist, diesen Sport auszuüben.

Ich nehme zustimmend zur Kenntnis, dass weder Verein noch Trainer oder Spieler für Unfälle eine Haftung übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller(in)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten  
bei Jugendlichen unter 18 Jahren

**Zahlungsart:**  Zahlschein  Barzahlung (Kassenbeleg Nr. \_\_\_\_\_)

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bankverbindung: Raiffeisenbank Kleinmünchen, IBAN: AT40 3422 6000 0020 0857, BIC: BIC: RZOOAT2L226

Ich bin damit einverstanden, dass persönliche Daten für interne Zwecke gespeichert werden.