

Aufnahmeantrag



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum-, Ort: _____

Straße u. Haus-Nr.: _____

PLZ. u. Wohnort: _____

Telefon/ Handy: _____

Hiermit beantrage ich, _____,

die Aufnahme in den Tae Kwon Do Lazaridis Winnenden e. V.

Der monatliche Mitgliedsbeitrag von

- €40,00 Erwachsenen
- €50,00 Erwachsenen mit 1 Familienkind
- €25,00 Kinder und Jugendliche (bis 17 J.)
- €65,00 2 Erwachsene mit 1 Kind (jedes weitere Kind 15,00 €)
- €25,00 Arbeitslose II und Rentner

ist bis zum 5. eines Monats auf folgendes Konto zu entrichten.

TKD Lazaridis S. Winnenden e. V.

BW Bank

IBAN: DE09 6005 0101 0002 8204 60

Es wird im Übrigen auf die Vereinssatzung verwiesen.

Antragsteller/Erziehungsberechtigter.

Ort, Datum, Unterschrift

Vorsitzender/Stellvertreter.

Winnenden, _____

Ort, Datum, Unterschrift

A handwritten signature in black ink, appearing to be a cursive name.

TKD Lazaridis S. Winnenden e.V.