

# 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, positioned above the printed name of the representative.

TKD Lazaridis S. Winnenden e.V.