

Antrag auf Erwerb einer Spielberechtigung/Mitgliedschaft

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name		Vorname	
<input type="text"/>			
Straße			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ		Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorwahl/Telefon		Geburtsdatum	
<input type="text"/>			
E-Mail			

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine E-Mail Adresse für Informationen vom Golfclub am Eixendorfer See GmbH, sowie der Golfschule genutzt werden dürfen. Die Adressen werden nicht an Dritte weitergegeben.

Sind Sie bereits Mitglied in einem anderen Club?

- NEIN
 JA, in _____

Platzreife

Handicap: _____

ohne Handicap

Ich beantrage folgende Spielberechtigung/Mitgliedschaft (Gültigkeit ab 2024):

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft | 840,00 € |
| <input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft/Partner | 600,00 € |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft (HCP-Verwaltung/ohne Spielrecht) | 300,00 € |
| <input type="checkbox"/> Zweitmitgliedschaft | 600,00 € |
| <input type="checkbox"/> Zweitmitgliedschaft/Partner | 480,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fernmitgliedschaft (ab 100 km) | 600,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fernmitgliedschaft/Partner (ab 100 km) | 480,00 € |
| <input type="checkbox"/> Fernmitgliedschaft (ab 100 km - HCP-Verwaltung/ohne Spielrecht) | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Wochentagsmitgliedschaft (Spielrecht nur Montag bis Freitag) | 600,00 € |
| <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendmitgliedschaft bis 17 Jahre | frei |
| <input type="checkbox"/> Jugendmitgliedschaft ab 18 Jahre (Azubis/Studenten) | 180,00 € |



gewünschtes Bankeinzugsverfahren:

- jährlich (01.02.)
 Quartal (30.03./30.06./30.09./30.12.)
 monatlich

Rechnung (nur jährlich)

Von dem Mitgliedschafts-Jahresvertrag habe ich Kenntnis genommen und erkenne ihn mit meiner Unterschrift ausdrücklich an.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Unterschrift