

Antrag auf Erwerb einer Spielberechtigung/Mitgliedschaft

Name		Vorname	
Straße			
PLZ	Ort		
Vorwahl/Telefon		Geburtsdatum	
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 2026):

- | | |
|--|----------|
| ☐ Einsteigermitgliedschaft | 499,00 € |
| ☐ Vollmitgliedschaft | 840,00 € |
| ☐ Vollmitgliedschaft/Partner | 600,00 € |
| ☐ Mitgliedschaft (HCP-Verwaltung/ohne Spielrecht) | 300,00 € |
| ☐ Zweitmitgliedschaft | 600,00 € |
| ☐ Zweitmitgliedschaft/Partner | 480,00 € |
| ☐ Fernmitgliedschaft (ab 100 km) | 600,00 € |
| ☐ Fernmitgliedschaft/Partner (ab 100 km) | 480,00 € |
| ☐ Fernmitgliedschaft (ab 100 km - HCP-Verwaltung/ohne Spielrecht) | 180,00 € |
| ☐ Wochentagsmitgliedschaft (Spielrecht nur Montag bis Freitag) | 600,00 € |
| ☐ Kinder/Jugendmitgliedschaft bis 17 Jahre | frei |
| ☐ Jugendmitgliedschaft ab 18 Jahre (Azubis/Studenten) | 180,00 € |



☐ gewünschtes Bankeinzugsverfahren:

- ☐ jährlich (01.01.)
☐ Quartal (30.03./30.06./30.09./30.12.)

IBAN: _____

☐ Rechnung (nur jährlich)

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

Ort/Datum

Unterschrift