



1. Surfverein „Pommern-Surf“ Greifswald e.V.

1. Surfverein „Pommern-Surf“ Greifswald e.V.
Geschäftssitz Am Fischerhaus 2
17509 Loissin

Aufnahmeantrag für Familie:.....

Vorname:

Geb.-Datum:

Beruf / Tätigkeit:

Vorname:	Geb.-Datum:	Beruf / Tätigkeit:
.....
.....
.....
.....

Tel.: E-M@il:

Anschrift:
.....

Schwimmer: **Ja / Nein**

Lagerplatz wird benötigt: **Ja / Nein**

Aufnahmebedingungen:

Es wird vom Verein eine einmalige Aufnahmegebühr gemäß §2 der Beitrags- und Gebührenordnung erhoben.

Die Zahlung kann in Raten erfolgen, hierzu ist ein formloser Antrag an den Vorstand zu stellen.

Der Jahresbeitrag ist dem §1 der Beitrags- und Gebührenordnung zu entnehmen.

Die Zahlungen sind per Einzugsermächtigung/Dauerauftrag auf das Vereinskonto zu tätigen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung/Ordnungen des 1.Surfvereins „Pommern-Surf“ Greifswald e.V. an.

Des Weiteren genehmige ich dem Verein die elektronische Speicherung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, für die Dauer meiner Mitgliedschaft.

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen:



0236000209103681804240

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

1. Surfverein Pommern-Surf Greifswald e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Am Fischerhaus 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

17509 Loissin

Land / Country:
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE54ZZZ00001956554

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **1. Surfverein Pommern-Surf Greifswald e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **1. Surfverein Pommern-Surf Greifswald e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **1. Surfverein Pommern-Surf Greifswald e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **1. Surfverein Pommern-Surf Greifswald e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:
Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell