

Antrag

auf die Mitgliedschaft im Fanclub

„**TVE - Crocodiles**“

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ; Ort _____
Telefon/Handy _____
Geburtsdatum _____
E-Mail _____

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Fan-Club
„**TVE - Crocodiles**“, mit Sitz in Emsdetten.

Die Satzung des Fanclub „**TVE – Crocodiles**“ habe ich eingesehen
und erkläre mich mit ihrem Inhalt einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von zur
Zeit 15 €/Jahr (Jugendliche bis 16 J.) oder 24 €/Jahr (Erwachsene)

von meinem Konto abgebucht wird.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

.....
Bitte das SEPA - Lastschriftmandat zum Einzug des Mitgliedsbeitrags, auf
der zweiten Seite vollständig ausfüllen.

Die IBAN- und BIC Nummer findest Du auf deinem Kontoauszug.

TVE
CROCODILES
EMSDETTEN

0123456789012345678901
0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

TVE Crocodiles e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Marie-Juchacz-Str. 13

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

48282 Emsdetten

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 4 | | Z Z Z 0 0 0 0 0 7 3 8 2 9 2 |

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

| M i t g l . N r . : | | J a h r e s b e i t r a g |

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above).

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: