

Inträdesansökan – Aufnahmeantrag

Jag/Vi ansöker härmed om inträde i Svenska Klubben Kiel. Jag/vi aksepterar klubbens stadga. Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Mitgliedschaft im Svenska Klubben Kiel. Die Satzung des Vereins ist mir/uns bekannt.

Name

Name

Vorname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Telefon

Telefon

Mobil

Mobil

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Nationalität

Nationalität

mailadresse

mailadresse

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Mitgliedsverwaltung innerhalb des Vereins elektronisch verarbeitet werden und in einem Adressverzeichnis allen Mitgliedern zugänglich gemacht werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Veranstaltungsfotos, auf denen ich zu sehen bin, auf der Homepage des Vereins eingestellt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift

Sänd inträdesansökan tillsammans med SEPA-Lastschriftmandat till Svenska Klubben Kiel (mail@svenska-klubben-Kiel.de)
Den Aufnahmeantrag zusammen mit dem SEPA-Lastschriftmandat an Svenska Klubben Kiel senden. (mail@svenska-klubben-Kiel.de), oder als Briefpost an Svenska Klubben Kiel – Inger Lütjohann, Kattenbek 9, 24248 Mönkeberg senden.

mailadress : mail@svenska-klubben-Kiel.de hemsida: www.svenska-klubben-kiel.de
Kontoverbindung: Svenska Klubben Kiel - Förde Sparkasse - IBAN DE77 210 501 701 001 972 593 - BIC NOLADE21KIE

SEPA – Lastschriftmandat
SEPA – Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfänger / Creditor name:

Svenska Klubben Kiel

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Svenska Klubben Kiel, Kattenbek 9, 24248 Mönkeberg, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE60ZZZ00000239255

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name oben) Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an , die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlungen / Recurenpayment

Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen / Debitor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor address:

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

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

Ort/ Lokationaddress:

Datum (TT/MM/JJJJ 7 Date (DD/MM/YYYY):

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