

Beitrittserklärung

Ich erkläre den Beitritt zur Sportunion Pram und bin damit einverstanden, dass meine angegebenen persönlichen Daten unter der Datenverarbeitungsregisternummer 0511510 gespeichert werden.

Vorname: _____	Nachname: _____
Geburtsdatum: _____	
Titel / akad. Grad: _____	
Straße: _____	PLZ / Ort: _____
Telefonnummer: _____	E-Mail: _____

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine/unsere angeführten Kinder als Mitglieder der Sportunion Pram geführt werden.

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden als Vollmitglieder behandelt und sind von der Beitragspflicht ausgenommen.

Kind(er) des oben genannten Mitglieds:

Name	Geburtsdatum

Hiermit bestätige ich, dass die angegebenen Daten richtig und vollständig sind, das angefügte SEPA-Lastschriftmandat zur Kenntnis genommen zu haben und mit dessen Bedingungen einverstanden zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift des Neumitglieds bzw.
der erziehungsberechtigten Person

Anhang:

- SEPA-Lastschriftmandat



2017030714531400317232429_P

Zahlungsempfänger Creditor	
Sportunion Pram (ZVR: 982456366) 4742 Pram	Name des Zahlungsempfängers (Titel, Vorname, Nachname) * Creditor's name Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
	Identifikationsnummer des Zahlungsempfänger * Creditor identifier: AT14ZZZ00000008414

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name des Zahlungspflichtigen (Titel, Vorname, Nachname) * Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) * Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
IBAN*:	BIC**:
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company): Raiffeisenbank Region Hausruck eGen Hofmark 29 4742 Pram	
Zahlungsart * Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off payment	

Kundenwunsch Customer's Request
<input checked="" type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf ab / Revocation starting from
Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Sportunion Pram, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Sportunion Pram 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 Sportunion Pram to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Sportunion Pram. 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.

* Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. / Please complete all the fields marked *.

** Die Angabe des BIC kann entfallen. / Quotation of BIC can be omitted.

Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) Kontoinhaber /Zeichnungsberechtigte(r)
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature