

Zu Händen:

Casino Feldafling e.V.
Mitgliederverwaltung



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Casino Feldafling e.V. als

☒ ordentliches Mitglied im Casino Feldafling e.V.

Name	Vorname	DstGrd/Amtsbez.	Schulbereich
Geburtsdatum	Familienstand		

Privatanschrift

PLZ, Ort	Straße	E-Mail	Telefon
----------	--------	--------	---------

Meine Mitgliedschaft soll beginnen mit Wirkung vom :

Ich erkenne die im Casino Feldafling ausliegende Satzung sowie die Casinoordnung des Casino Feldafling an. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten zur Führung der Mitgliederkartei, zum Zwecke der Abrechnung meiner Mitgliedsbeiträge und der Mitgliederinformation auf EDV - Anlagen des Casino Feldafling gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte ist bis auf die notwendigen Daten zum Lastschriftverfahren ausgeschlossen.

Meine Beiträge zum Casino Feldafling e.V. zahle ich wie folgt :

☐ Ich wünsche einen Einzug der Mitgliedsbeiträge von meinem Konto durch das Casino Feldafling e.V. - einen SEPA Lastschriftmandant lege ich ausgefüllt gesondert der Beitrittserklärung bei.

Datum Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an das Casino Feldafling e.V. / Mitgliederverwaltung

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Casino Feldaing e.V.
Tutzinger Str. 46
82340 Feldaing

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE79ZZZ00001261196Mandatsreferenz
Mitgliedsbeitrag Casino Feldaing e.V.**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers
Casino Feldaing e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers
Casino Feldaing 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹⁾

IBAN

____|____|____|____|____|__

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1) Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Casino Feldafing e.V.
Tutzinger Str. 46
82340 Feldafing

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE79ZZZ00001261196

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag Casino Feldafing e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers

Casino Feldafing e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers

Casino Feldafing 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹⁾

IBAN

____|____|____|____|____|__

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1) Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.