

Mitgliedschaft im Open County e.V.



Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Golfclub im Open County e.V.

| Aufnahme (nur bei ordentlichen Mitgliedern) | Ordentlich | Ordentlich Eintritt nach dem 1. Juli des laufen- den Jahres | Zweit- mitglied | Kinder bis zum 12. Lebensjahr | Jugendliche bis zum 18. bzw. 27. Lebensjahr* | Fördernd |
|--|------------|---|--------------------|-------------------------------------|---|----------|
| 500 Euro | 500 Euro | 380 Euro | 440 Euro | 55 Euro | 85 Euro | 80 Euro |
| | | | | | | |

Mitgliedschaftsform bitte ankreuzen

*Kopie der Ausbildungs- bzw. Immatrikulationsbescheinigung bitte beifügen!

Eintrittsdatum _____

Name _____

HCP _____

Geburtsdatum _____

Adresse Nordsee _____

Telefon _____

E-Mail _____

Adresse Zuhause _____

Bei Zweitmitgliedschaft
Heimatclub _____

Newsletter Ja Nein

Unterschrift _____

| |
|------------------|
| Intern |
| Clubnummer |
| |
| Zahlart |
| |
| Newsletter |
| |
| GC-Magazin |
| |
| Welcome Package |
| |
| Kürzel und Datum |
| |

Bei Jugendlichen, Angaben
der Erziehungsberechtigten:

Name

Anschrift

Unterschrift

| | |
|---|---|
| Name des Zahlungsempfängers/Creditor name: Golfclub im Open County e.V. | |
| Anschrift des Zahlungsempfängers/Creditor address Straße und Hausnummer/Street name and number: Martendorf 23 | |
| Postleitzahl und Ort/Postal code and city: 25881 Tating | Land/Country: DE |
| Gläubiger-Identifikationsnummer/Creditor identifier: DE58ZZZ00000827402 | |
| Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)/Mandate reference (to be completed by creditor): | |
| <p>Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.</p> <p>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.</p> | |
| 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 Straße und Hausnummer/Street name and number: Postleitzahl und Ort/Postal code and city: Land/Country: DE | |
| IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)/IBAN of the debtor (max. 35 characters): DE | |
| BIC (8 oder 11 Stellen)/BIC (8 or 11 characters): DE | |
| Ort/Location: | Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY): |
| Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/Signature(s) of the debtor: | |