

# Vereinigung der Pfälzer Kletterer e. V.

- GEGRÜNDET 1919 -



## Antrag auf Mitgliedschaft

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		
Klettern	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv		

### Bei Familienmitgliedschaft (nur für verheiratete Paare):

Partner/in:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Telefon (Festnetz)	<input type="text"/>		
Mobiltelefon	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		
Klettern	<input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv		

Kinder:

Name, Geb.Datum	<input type="text"/>
Name, Geb.Datum	<input type="text"/>
Name, Geb.Datum	<input type="text"/>

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei Jugendlichen unter 18 Jahren

**Den Aufnahmeantrag und die Einzugsermächtigung bitte am Rechner oder in Druckbuchstaben ausfüllen und zusammen mit der SEPA-Lastschriftermächtigung, ausgedruckt und unterschrieben per Post oder eingescannt per Mail, an die Geschäftsstelle schicken.**

**Mit der Unterschrift stimme ich der Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Vereinsführung zu.**

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz

### Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto mit der

Kto.-Nr.	Bankleitzahl
genaue Bezeichnung des konfoführenden Kreditinstituts	

einziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat

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

[Name des Zahlungsempfängers]
-------------------------------

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.

Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.