



## AUFNAHMEANTRAG IN DEN GOLF CLUB ST. LEON-ROT

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobiltelefon

Art der Mitgliedschaft

Beginn

Zahlung

 mtl. jhrl.

Stammvorgabe

Welcher Club soll zukünftig Ihr Stammblatt bzw. HCP führen?

 GC St. Leon-Rot Anderer Club, Name:

Vorgabehistorie:

Clubname

Ausweis-Nr.

Bisheriger/Letzter Club:

Versand der Monatsrechnung bitte an die folgende E-Mail-Adresse:

- Ich stimme der Übermittlung der Rechnung über die oben aufgeführte E-Mail-Adresse zu. Ich verpflichte mich die Golf Club St. Leon-Rot Betriebsgesellschaft mbh & Co. KG über alle Änderungen meiner E-Mail-Adresse betreffend sowie über die Einrichtung einer E-Mail-Adresse umgehend zu informieren.

Familienangehörige Mitglieder im Club (Eltern, Kinder, Partner)

 ja, Name: nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Golf Club St. Leon-Rot meinen Namen in Verbindung mit Turnierergebnissen und einem Bild für die Berichterstattung auf der Homepage, im Jahrbuch, im Sportnewsletter und in Pressemeldungen benutzen darf.



## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT / SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Golf Club St. Leon-Rot Betriebsgesellschaft mbH & Co. KG

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Opelstraße 30

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

68789 St. Leon-Rot

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE66ZZZ00001003895

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

Die Mandatsreferenz wird mit der Rechnung übermittelt.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and 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.

Zahlungsart / Type of payment:  Wiederkehrende Zahlung / Recurrent 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:

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

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

\* Angabe freigestellt / Optional information

Ort/Location - Datum/Date

Unterschrift Antragsteller u. Kontoinhaber/Signature(s) of the claimant and debtor

Die AGBs des GC SLR werden Ihnen gesondert mit den Vertragsunterlagen zugeschickt. Daten werden ausschließlich für interne Zwecke in einer Mitglieder- und Beitragsdatei gespeichert. Die Speicherung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt unter strenger Einhaltung aller anwendbaren gesetzlichen Datenschutzvorschriften.