

1. Swin Golf Club- Westenholz e.V.
Clubheim: Wiebeler Str. 24, 33129 Delbrück-Westenholz
Telefon: 02944 / 974432

**Swin-Golf spielen
einfach so.....**

**Ja, ich möchte Mitglied werden im
1. SGC Westenholz**

Vorname:	Name:	Geboren:
-----	-----	-----
Straße:	Postleitzahl:	Ort:
-----	-----	-----
Ortsteil:	Telefon:	E-Mail:
-----	-----	-----

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte beachten!!! Unter 18 Jahren ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten nötig!!!
Club-Jahresbeitrag 40,00€ / Kinder von 8 – 16 Jahren 15,00 €

Einverständniserklärung

Mit meiner Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten (Name, Club, Handicap, Spielergebnisse) auf der Internetseite veröffentlicht werden können. Ich kann meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich erkläre mich auch einverstanden, dass Fotos und Bericht im Rahmen eines Turniers veröffentlicht werden können. Wenn ich dieses nicht möchte, kann ich an Turnieren nicht teilnehmen.

Bei weiteren Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

1. Vorsitzende: Stefanie Meiwes Tel.: 0171-7793147 Mail: stefanie.meiwes@gmx.de
2. Vorsitzende: Magret Hane Tel.: 0171-1742092 Mail: m.hane@web.de

**Dieses Dokument Bitte wieder im
Clubheim "Le Swin" abgeben**

1. Swin Golf Club- Westenholz e.V.
Clubheim: Wiebeler Str. 24, 33129 Delbrück-Westenholz
Telefon: 02944 / 974432

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

1.SGC Westenholz e.V.
Wiebelerstr.24
33129 Delbrück-Westenholz



[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE31ZZZ00001348778

[Mandatsreferenz]

- Entspricht der Mitgliedsnummer

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

1.SGC Westenholz e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

1.SGC Westenholz 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. Esgelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Kreditinstitut

BIC1

IBAN

DE

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

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)