



Millers Racing Team e.V.
Schollendamm 20, 32479 Hille

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich,

Mitgliedsnummer: _____

Name	
Vorname	
Geburtsdatum/Ort	in
Straße	
PLZ/Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail	

die Aufnahme im Verein „Millers Racing Team e.V.“ ab dem: _____

Der Jahresbeitrag ist zum Anfang jeden Quartals fällig (1.1., 1.4., 1.7, 1.10.)

- Aktives Mitglied, 10,-€ pro Quartal
- Passives Mitglied 5,-€ pro Quartal
- Jungdliches Mitglied 5,-€ pro Quartal

Bitte das Angehängte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und diesem Antrag beifügen.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültigen Satzungen und Ordnungen des Millers Racing Team e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann in der Vereins-Geschäftsstelle, Schollendamm 20, 32479 Hille, jederzeit eingesehen und abgeholt werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung personenbezogener Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Der Verwendung von Bildern, Videos oder anderes Materialien ausschließlich im Zusammenhang mit Aktivitäten des Vereins stimme ich zu.

Ort, Datum: _____, den _____

Unterschrift; bei Jungdlichen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



004500443910A562310150

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Millers Racing Team e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schollendamm 20

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

32479 Hille

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 5 2 0 0 1 0 0 0 0 1 8 2 6 7 0 7

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) 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 (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.

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*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 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 debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell