

Erwerb einer Probmitgliedschaft in der Ortsgruppe des SV-OG-Sassenberg

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

E-Mail:

Tel.:

Ich nehme mit folgendem Hund an der Probmitgliedschaft teil:

Name:

Geschlecht:

Rasse:

Wurfstag:

Chip-Nr.:

Die einmalige Gebühr für die Probmitgliedschaft in Höhe von 150,00 € wird per SEPA-Lastschriftverfahren eingezogen.

Als Probmitglied habe ich die Möglichkeit den Verein sowie die verschiedenen Sport-/und Beschäftigungsangebote (nach vorheriger Absprache mit den jeweiligen Übungsleitern) und seine Mitglieder in der Zeit von 6 Monaten kennenzulernen. Weiterhin verpflichte ich mich, aktiv an Arbeitseinsätzen teilzunehmen. Nach der Probmitgliedschaft besteht die Möglichkeit, einen Antrag zur Aufnahme in den Verein zu stellen, worüber der Vorstand entscheidet.

Mir ist bekannt, dass nicht in Anspruch genommene Zeit nicht erstattet wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Hund gegen Tollwut geimpft ist und eine gültige Hundehaftpflichtversicherung besteht.

Die Platzordnung ist mir bekannt und wird von mir anerkannt.

Jeder Hundehalter haftet für den durch seinen Hund selbst verursachten Schaden in vollem Umfang und verzichtet auf jeden Haftungsanspruch gegenüber dem SV-OG-Sassenberg.

Beginn der Probmitgliedschaft:

Ende der Probmitgliedschaft:

Ort/Datum

Unterschrift:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen (SEPA-Lastschrift)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

SV-OG-Sassenberg
Hilgenbrink 12
48336 Sassenberg

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:	SV-OG-Sassenberg
Anschrift des Zahlungsempfängers	
Straße und Hausnummer:	Hilgenbrink 12
PLZ und Ort:	48336 Sassenberg
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE90ZZZ00000749323

Mandatsreferenz:

_____ (Wird vom Verein ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger (SV-OG-Sassenberg) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (SV-OG-Sassenberg) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name Zahlungspflichtiger: _____

Anschrift Zahlungspflichtiger

Straße und H-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Name Kontoinhaber: _____

IBAN des Kontos: _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Name der Bank: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____