

Mitgliedskarte Offizierheimgesellschaft Mittenwald

Name :

Vorname: :

Dienstgrad :

Einheit :

Anschrift

Straße :

PLZ/Wohnort :

Telefonnummer :

E-Mail Adresse :

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Offizierheimgesellschaft Mittenwald ab dem: _____ Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Verein den fälligen Jahresbetrag von meinem Konto einmal jährlich einzieht.

Unterschrift

Monatsbeitragsätze OHG

	Dienstgrad	Beitrag in €
1	außerordentliche Mitglieder	2,50
2	Leutnant - Hauptmann	1,50
3	Major – Oberst	2,00

SEPA-Lastschriftmandat SEPA

Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Offizierheimgesellschaft Mittenwald e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Hirtbichl 18

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

82481 Mittenwald

Land / Country:

Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE60ZZZ00000847348

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.

X

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****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 der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**