



Schützengilde Hochpustertal

Wichtelpark 143 a, 9920 Sillian Tel.: 04842/20119, ZVR 105957527

Email: sghp@aon.at, Homepage: www.sghp.at

IBAN: AT04363680000038505 BIC: RZTIAT22368

OSM Anton Moser, Sillian 158, 9920 Sillian
Mobil: 0699/81158552



MITGLIEDSANMELDUNG bzw. BEITRITTSERKLÄRUNG

Zuname: Vorname:

Adresse:

Email: Tel:

Geb.Dat: Beruf:

erklärt mit seiner Unterschrift den Beitritt zur SCHÜTZENGILDE HOCHPUSTERTAL und verpflichtet sich die Vereinssatzungen lt. HomePage einzuhalten. Weiters erklärt sich das Mitglied unwiderruflich damit einverstanden, dass die Daten EDV-mäßig verwaltet und für vereinsinterne Zwecke verwendet werden können. Auch mit der Verständigung per Post, Telefon oder Email über das Vereinsgeschehen und Veranstaltungen erklärt sich das Mitglied einverstanden. Der Mitgliedsbeitrag wird mit u.a. Einzug automatisch eingehoben.

An/To

Schützengilde Hochpustertal

HNr. 143 a

9920 Sillian

Creditor-ID: AT82ZZZ00000033962

(vom Zahlungsempfänger/Creditor vergeben)

Mandatsreferenz / Mandate reference:

(vom Zahlungsempfänger/Creditor vergeben)

Zahlungspflichtiger Debitor	
Name (Titel, Vorname, Nachname)	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach)
IBAN	BIC
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company)	
Zahlungsart Type of payment <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent-payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off-payment	

Kundenwunsch Customer Request
<input type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Schützengilde Hochpustertal Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Schützengilde Hochpustertal auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . 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.

Ort, Datum

Unterschrift der Beitrittserklärung und des Abbuchungsauftrages



Erfolg durch Konzentration