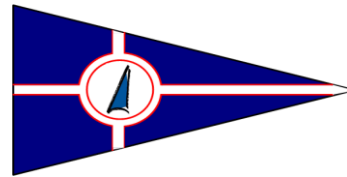




SailCom e.V.
 c/o EDV-Partner GmbH
 Große Bahnstraße 33
 D-22525 Hamburg
 Tel.: +49 (0) 40 271447 – 0
 Fax: +49 (0) 40 271447 – 59

Vorname / Nachname: _____
 Straße: _____
 PLZ-Ort: _____
 Geboren am: _____
 E-Mail: _____
 Telefon Fest: _____
 Telefon Mobil: _____



Web: <http://www.sailcom.de>
 E-Mail: info@sailcom.de

Vereinsbeitritt

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der SailCom e.V. als Vollmitglied.

Der Vereinsbeitritt ist ab Unterschriftsdatum für die Dauer eines Kalenderjahres gültig. Sollte kein Austritt bis zum 30. September des laufenden Jahres erfolgen, verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Jahr. Es werden nur Jahresbeiträge erhoben (Beitrag Stand 2017: 45,00 € / Jahr). Einmalig wird zum Vereinsbeitritt eine Aufnahmegebühr von 30,00 € erhoben. Die aktuell gültige Satzung der SailCom habe ich gelesen und erkenne diese an.

Alle Mitglieder können die angebotenen Leistungen und Bezuschussungen (Törns, Schulungen, Veranstaltungen, Alstersegeln, Informationen, ...) im vollen Umfang nutzen.

Unternehmenskooperation (falls zutreffend):

Ich möchte Mitglied unter folgender Unternehmenskooperation werden: _____
 Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten mit den zuständigen Stellen der angegebenen Unternehmenskooperation abgeglichen werden, um mögliche Vorteile des Rahmenvertrages nutzen zu können. Sollte die Mitgliedschaft unter der Unternehmenskooperation abgelehnt werden oder die Voraussetzungen hierzu entfallen, akzeptiere ich die Konditionen ohne Kooperationsvertrag.

 [Ort], [Datum]

 [Unterschrift des neuen Mitgliedes]

SEPA-BASIS-LASTSCHRIFT Mandat (verbindlich):

Gläubiger Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000655068
 Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer, wird separat mitgeteilt.
 Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige SailCom e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SailCom e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Adresse des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers) falls abweichend vom Mitglied:

IBAN (22 Zeichen): _____

BIC (11 Zeichen): _____

 [Ort], [Datum]

 [Unterschrift des Kontoinhabers]