



Änderungsmeldung / Kartenbestellung / Einzugsermächtigung*

* = Zutreffendes ankreuzen | ** Bitte begründende Unterlagen beifügen! | *** U18 = Erziehungsberechtigter

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|
| 1. Persönliche Angaben: | | (Bitte immer ausfüllen!) |
| Name, Vorname *** | | |
| Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) | | |
| Telefon / Mobiltelefon | | |
| Email-Adresse | | |
| Beruf | | |

| | | |
|---|--|--|
| 2. Kartenbestellung für (Mitgl.Nr./ Name): | | |
| Jahr | | |
| Jahreserlaubnisschein* | <input type="checkbox"/> stehende Gewässer | |
| Ermäßigung* | <input type="checkbox"/> Azubi, Schüler, ...** | |

| | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|--|
| 3. Weitere Angaben: | | | |
| Parkschein erforderlich | | | |
| Fischereiprüfung am: (Kopie FS beifügen - VS+RS) | | Fischereiabgabe gezahlt bis: | |
| AD-Befreiung** | <input type="checkbox"/> * | | |
| Fischereibezog. Lehrgänge | | | |

| |
|---|
| 4. Vorschläge / Hinweise / Kritiken: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | |
|---|-------|------|--------------|
| 5. Einverständniserklärung: | | | |
| Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung und der ausschließlichen Nutzung der o.a. Daten für die Zwecke des AV Pfaffenwinkel einverstanden und bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. | | | |
| | | | |
| Ort | Datum | Name | Unterschrift |
| Zusätzlich bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre: | | | |
| Erziehungsberechtigter | | Name | Unterschrift |



Gläubiger-ID: DE78AVP00000656031

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

6. Zahlungsweise:

Bar Überweisung Lastschrift (Bitte Bankverbindung ausfüllen)

Fälligkeit: 01.01. eines Jahres für das Kalenderjahr, zahlbar jeweils bis 15.01.

7. Bankverbindung:

| | |
|------------------------------------|--|
| Kontoinhaber/ Zahlungspflichtiger | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Nr.) | |
| Kreditinstitut/ Ort | |
| IBAN oder Kontonummer | |
| BIC oder BLZ | |

8. Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den AV Pfaffenwinkel e.V. , Postfach 1110, 82362 Weilheim widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem vorgenannten Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den AV Pfaffenwinkel e.V. , Postfach 1110, 82362 Weilheim, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom AV Pfaffenwinkel e.V. , Postfach 1110, 82362 Weilheim auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft im AV Pfaffenwinkel e.V. von:

.....
Vorname **Name** (Wenn Zahler von Mitglied abweicht, bitte ausfüllen)

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.

Zahlungsart*:

Einmalige Zahlung Wiederkehrende Zahlungen

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der AV Pfaffenwinkel e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

.....
Ort **Datum** **Unterschrift des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers**