

PSG Taubenberg e.V. ■ Still 1 / Gotzing ■ 83629 Weyarn



**Ich trete hiermit der PSG Taubenberg e.V. bei als**

_____	ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag von	Euro 60,--
_____	Familienmitglied mit einem Jahresbeitrag von (nur wenn jemand aus der Familie ordentliches Mitglied ist)	Euro 30,--
_____	Schüler/Student/Azubi mit einem Jahresbeitrag von	Euro 30,--
_____	förderndes Mitglied mit einem Förderbeitrag von	Euro _____

**Die Vereinssatzung erkenne ich als verbindlich an.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Einzugsermächtigung siehe nächste Seite**

1. Vorsitzender:  
Dr. Franz Demmelmeier  
Still 1 / Gotzing  
83629 Weyarn  
08020 / 521  
www.psg-taubenberg.de

Bankverbindung:  
Kreissparkasse Miesbach-Tegernsee  
IBAN DE33 71152570 0008 4199 62  
BIC BYLADEM1MIB

Raiffeisenbank im Oberland  
IBAN DE34 7016 9598 0000 056979  
BIC GENODEF1MIB

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

PSG Taubenberg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Gotzing 35

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

83629 Weyarn

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:

D E 8 4 Z Z Z 0 0 0 0 8 8 5 3 2 8

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.

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\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Miesbach

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: