

S.A.I.L., Malte Griem
Blauer Blick 7
24235 Laboe
Telefon 04343 499078
Email: Malte.Griem@web.de

Segel- u. -Ausbildungs-Initiative Laboe – S.A.I.L.
Malte Griem, Blauer Blick 7, 24235 Laboe



Aufnahmeantrag

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Geburtsdatum	
Email-Adresse	
Telefon dienstlich	
Telefon privat	
Telefon mobil	

Ich beantrage die Aufnahme in die S.A.I.L.

Ort, Datum

Unterschrift

- ordentl. Mitglied - 150,- € p.a.
 Jugendl.bis 18. Lj. - 50,- € p.a.
 Jugendl. bis 21. Lj./ in Ausb. - 75,- € p.a.
 Familienmitglied von _____ - Familienbeitrag 225,- € p.a.
 Zweitmitgliedschaft – 50%

Mitglied in YCLa, LRV, OSL

(keine anteilige Berechnung bei Ein- oder Austritt während des Jahres.)



**SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate**

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Segel- u. –Ausbildungsinitiative Laboe - S.A.I.L. e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
c/o Malte Griem, Blauer Blick 7
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: **Land / Country:**
24235 Laboe **Deutschland /Germany**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE60ZZZ00000172034

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**
ment

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

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

Ort / Location: Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
/ 20.01.2014

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