



Deutsche SunMuDo-Schule Felsentor e.V.
Unterfeldstraße 12 · 82467 Garmisch-Partenkirchen
Mobil: +49 160/ 60 59 856
info@sunmudo-deutschland.de
www.sunmudo-deutschland.de

AUFNAHMEANTRAG

Deutsche SunMuDo-Schule Felsentor e.V.

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den
Deutsche SunMuDo-Schule Felsentor e.V.**

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum :

Email-Adresse:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Der **Basisbeitrag** beträgt € 36 jährlich (Förderbeitrag für passive Mitglieder).
- Der **Trainingsbeitrag** beträgt € 35 monatlich (Beitrag für aktive Mitglieder).
- Der **Meditationsbeitrag** beträgt € 22 monatlich
(Beitrag für die ausschließliche Teilnahme am Zen-Meditationskreis).

Wir würden uns freuen, wenn Sie den Verein darüber hinaus mit einer Spende unterstützen.

Deutsche SunMuDo-Schule Felsentor e.V.
Bankverbindung: Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen
IBAN: DE51 7035 0000 0011 3003 40 / BIC: BYLADEM1GAP

- Ich trage selbst die volle Verantwortung für die Aktivitäten in den Kursen und Trainingseinheiten.

Ort, Datum:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Deutsche SunMuDo-Schule Felsentor e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Unterfeldstraße 12

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

82467 Garmisch-Partenkirchen

Land / Country:

Deutschland/ Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 1 1 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 9 2 8 3 0

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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

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

_____ Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

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

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

MIT MEDITATION UND KAMPFKUNST ZU DIR SELBST
A WAY TO FIND OUT WHO YOU REALLY ARE