



An das
Dan-Kollegium Schleswig-Holstein e.V.
Lutherstraße 6
24114 Kiel

DKSH Geschäftsführer
Björn Weyer
Pommernweg 3, 24783 Osterrönfeld
Tel. 01717 871871
Mail: geschaeftsstelle@dan-kollegium.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Dan-Kollegium Schleswig-Holstein e.V.

Familienname: _____ Vorname: _____

PLZ und Wohnort: _____ Straße, Nr. _____

Tel./Fax. _____ E-Mail _____

Geburtsdatum: _____

Erworbener Grad im Judo: _____ Ju-Jitsu: _____ andere Budoart _____ Grad _____

erworben am: _____ Verband: _____

Heimatverein: _____

Bezirkszugehörigkeit: Nord / Ost / Süd / West; falls nicht bekannt: Landkreis des Heimatvereins: _____

Eine Einzugsermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge erteile ich mit dem umseitigen SEPA-Mandat

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die hier erfassten persönlichen Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Das Dan-Kollegium Schleswig-Holstein e.V. verpflichtet sich dazu, diese Daten nicht an Dritte weiterzugeben und die Verpflichtungen aus dem Bundesdatenschutzgesetz zu beachten.

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift

- Bankverbindung -

Förde Sparkasse
IBAN: DE79 2105 0170 0091 0503 10
www.dk-sh.de

- Präsident -

Gerhard Rodigast
Waldstraße 50
24768 Rendsburg
Tel. 04331 / 26286

- Vizepräsident -

Andreas Vogel
Langacker 24
23730 Neustadt in Holstein
Tel. 04561 / 513507

- Schatzmeister -

Björn Weyer
Pommernweg 3
24783 Osterrönfeld
Tel. 04331-849803

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

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):

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

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

