



BEITRITTSERKLÄRUNG HÄLLER-REGIO-KISTL

Wenn du bereit bist regionale Produkte zu fairen Preisen zu erwerben und Lust hast ein Teil unseres Vereins zu werden, beantrage ganz einfach die Mitgliedschaft im "Häller-Regio-Kistl" indem du uns folgende Daten bekannt gibst:

Vorname _____
Nachname _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Alle Vorteile und Aufgaben die dich als Mitglied des Vereins "Häller-Regio-Kistl" erwarten kannst du auf unserer Homepage unter www.haller-regio-kistl.at nachlesen.
Die Abbuchung des Mitgliedsbeitrags (25€ jährlich) sowie bei Austritt der Ausgleich deines Mitgliedskontos erfolgt in Form eines SEPA-Lastschrift-Mandats.

Datum _____ Unterschrift _____

Willkommen im **HÄLLER-REGIO-KISTL!**

Dieses Dokument ausgefüllt gemeinsam mit der SEPA-Erklärung mit zum nächsten Abholungstermin nehmen, oder Scans einfach an kontakt@haller-regio-kistl.at schicken!

Bzw. via Post an:

Joost Meuwissen
Ignaz Pelikangasse 1
4540 Bad Hall



An/To (Zahlungsempfänger / Creditor)

Haller-Regio-Kistl e.V.
Hehenberg 13
4540 Bad Hall

Creditor-ID:

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger Debtor	
Name (Titel, Vorname, Nachname) Name of the debtor(s):	Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Postfach, Land) Address (Street name and number, Postal code, City, Country):
IBAN:	BIC*:
bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung) at (exact description of the credit company):	
Zahlungsart Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung/recurrent-payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung/one-off-payment	

Kundenwunsch Customer's Request
<input checked="" type="checkbox"/> Neu / New <input type="checkbox"/> Änderung folgender Daten / Amendment of the following information: <input type="checkbox"/> Widerruf / Revocation
Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Verein Haller-Regio-Kistl eV, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Haller-Regio-Kistl-eV auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from . 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.

*Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn es sich um nationale Lastschriften handelt. Ab 01.02.2016 ist der BIC auch für grenzüberschreitende Lastschriften innerhalb der EU/EWR nicht mehr erforderlich.

Starting February 1st, 2014 quotation of BIC for domestic direct debits can be omitted. Starting February 1st, 2016 quotation of BIC for cross-border direct debits within the EU/EEA can be omitted.

Bad Hall, X

Ort, Datum
Location, Date

Unterschrift(en) Kontoinhaber /Zeichnungsberechtigte(r)
Signature(s) of account holder(s) / authorized signature