

Western Europe Working Australian Shepherd Club
Mitgliedsantrag

Bitte die Hinweise auf der folgenden Seite beachten!

Name:

Geb. Datum:

Straße:

Ort:

Land:

Telefon Nummer:

Fax Nummer:

e-mail:

Sind Sie Mitglied im ASCA? Ja, ASCA Mitgliedsnummer:

Ich beantrage

Familienmitgliedschaft
Name und Geb. Datum der Familienmitglieder:

Vollmitgliedschaft

Juniormitgliedschaft

Ich/Wir bestätige/n mit meiner/unsere(r) Unterschrift den Beitritt zum WEWASC und dass ich/wir der Satzung Folge leisten werde/n.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten erforderlich. Ersatzweise kann eine Vollmacht des nicht unterschreibenden Erziehungsberechtigten oder ein Nachweis über die alleinige Erziehungsberechtigung beigefügt werden!

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag, das SEPA-Lastschriftmandat sowie die ausgefüllte und an 2 Stellen unterschriebene [Datenschutzeinwilligungserklärung](#) auf dem Postweg

an den WEWASC Secretary

oder via E-Mail an: secretary@wewasc.com

Die Postanschrift finden Sie unter [Vorstand](#)

Die aktuellen Beiträge finden Sie unter: [Mitgliedschaft](#)

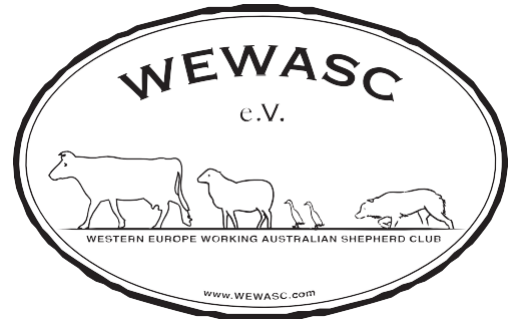
SEPA Direct Debit Mandate / Sepa-Lastschriftmandat

Recurrent Payment / Wiederkehrende Zahlungen

Creditor's Name and address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

WEWASC e.V.
Western Europe Working Australian Sheperd Club
Haibacherstraße 118
63768 Hösbach



Creditor identifier / Gläuber-Identifikationsnummer: **DE52ZZZ00001169532**

By signing this Mandate form, you authorise WEWASC e.V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions form WEWASC e.V.

Ich / wir ermöchte(n) WEWASC e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom WEWASC e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and contitions of your agrrement with your bank. A refund must be claimend within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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

Name of debtor / Kontoinhaber (Vorname, Name):

Street Name und number / Straße, Hausnummer:

Postal Code and City / Postleitzahl und Ort:

Country / Land:

Account number-IBAN / IBAN-Nummer:

Swift BIC / BIC:

Location, date / Ort, Datum:

Signature(s) / Unterschrift(en):