

# Antrag auf Mitgliedschaft im POACG

Name, Vorname:.....

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Ort:.....

Email:.....HP (wenn vorhanden).....

Geburtsdatum:.....Tel.:.....

Bitte ankreuzen:

- Einzelmitgliedschaft: 30 €
- Familienmitgliedschaft: 50 €
- Jugendlicher bis zum vollendeten 18. Lebensjahr: 10 €

Einmalige Aufnahmegebühr :

für Einzel - & Familienmitgliedschaft: 15.-€, Jugendliche keine

Unterschrift:..... ( bei Kindern des Erziehungsberechtigten)

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Konto

IBAN.....BIC.....

Name der Bank:.....Konto Inhaber:.....  
durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum..... Unterschrift Kontoinhaber:.....



**SEPA-Lastschriftmandat**  
**SEPA Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Pony of the Americas Club Germany e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Steinmetzstr. 24a

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

06347 Gerbstedt

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE34ZZZ0000607062

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Pony of the Americas Club Germany e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Pony of the Americas Club Germany e.V.** 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 **Pony of the Americas Club Germany e.V.** 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 **Pony of the Americas Club Germany e.V.**.

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:**

Teutschenthal

**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):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
 Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

**Ort / Location:**

Teutschenthal

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

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

manuell