



Camion Pro International, Oberer Graben 6, CH-9000 St. Gallen/Switzerland
 Mitglieder aus Deutschland werden betreut von Camion Pro e. V. &
 Einkaufsgemeinschaft Camion Pro GmbH
 Leopoldstraße 244, 80807 München · Tel.: 089 3160597-0 · Mail: Service@camionpro.eu

Antrag auf Camion Pro Cargo Cop Mitgliedschaft

Antrag bitte ausfüllen und unterschrieben an CAMION PRO schicken

Zurück per Mail an Service@camionpro.eu

Name/Firma:	
Name/Vorname:	
Straße/Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	

Hiermit beantragt der/die Unterzeichnende die Aufnahme zum Verein **CAMION PRO**. Das Unternehmensmitglied (*fördernde Mitgliedschaft*) wird durch schriftliche Bestätigung in den Verein aufgenommen. Die Satzung/Statuten liegt in den Vereinsräumen zur Ansicht aus. Außer der Beitragszahlung, ist die Mitgliedschaft an keine weitere Verpflichtung gebunden.

Aufnahmegebühr:	€ 25,- einmalig
Jahresbeitrag:	€ 90,- per Lastschriftinzugsverfahren
Jahresbeitrag:	€ 95,- per Überweisung (<i>Innerhalb von 5 Tagen</i>) Sparkasse Pfaffenhofen, BLZ 72151650, Konto Nr.: 0009 7520 98, IBAN: DE37 7215 1650 0009 7520 98, Swift-BIC: BYLADEM1PAF

Ich entscheide mich für: (*Bitte ankreuzen*)

☐ **Lastschriftinzugsverfahren**

(Bitte beigefügtes SEPA-LEV ausgefüllt und unterschrieben im Original an uns zurück)

☐ **Überweisung**

Ort/Datum/Unterschrift

ERTEILEN EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Name des Zahlungsempfängers: **Camion Pro International**

Anschrift des Zahlungsempfängers: **Camion Pro International
Oberer Graben 6
CH-9000 St. Gallen/Switzerland**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **CH 93 ZZZ 00000000235**

Mandatsreferenz: ist gleich Mitgliedsnummer: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart:

☒ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Land / PLZ / Ort

Straße/ Hausnummer:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Ort, Datum (TT/MM/JJJJ)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten