

## SV VIKTORIA HERXHEIM -Badmintonabteilung-

Geschäftsstelle:  
Am Kleinwald 42 • 76863 Herxheim • Tel 0163/9236032

Homepage: [www.badmintonherxheim.de](http://www.badmintonherxheim.de) •  
Email: [erster\\_vorsitzender@badmintonherxheim.de](mailto:erster_vorsitzender@badmintonherxheim.de)

Bankverbindungen:  
Sparkasse Südliche Weinstraße IBAN DE31 5485 0010 0012 2217 01 BIC SOLADES1SUW



SVH Badminton • Am Kleinwald 42 • 76863 Herxheim

## Anmeldung

Herr / Frau: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort (und Land): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

meldet sich als Mitglied der Badmintonabteilung des SV Viktoria Herxheim an.  
Der / Die oben genannte erkennt die Satzung, Spiel- und Geschäftsordnung der  
Badmintonabteilung an und ist mit der Abbuchung des Jahresbeitrages einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

SV Viktoria Herxheim e.V. Abteilung Badminton

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Am Kleinwald 42

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

76863 Herxheim

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE36BAD00000586462

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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 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.

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:****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:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**