



# SEGLERJUNGENSCHAFT NÜRNBERG e.V.

## Antrag auf Gastmitgliedschaft

SeglerJungenschaft Nürnberg e. V.  
 z. Hd. Dieter Schenkel  
 Am Schwedentor 2  
 97199 Ochsenfurt

Interne Verarbeitung	
Eingang	
Mitgliederliste eingetragen	
WEB-Zugang eingerichtet	
Zugangsdaten bekannt gegeben	

Ich/wir beantrage/n die zweijährige **GASTMITGLIEDSCHAFT** bei der SJN.  
 (bitte gut lesbar ausfüllen und dreifach abgeben)

	Name	Vorname	Beruf	Geburtsdatum	Mitglieds-Nr. wird von SJN eingetragen
Antragsteller					
Ehepartner/ Lebensgefährte					
Kind					
Kind					
Kind					
Kind					
Strasse Hs.-Nr.			Email		
			Tel. mobil		
PLZ Ort			Tel. Festnetz		
			Tel. dienstl.		

Mir ist bekannt, dass Gastmitglieder keinen Anspruch auf einen Liegeplatz im Seglerhafen Ochsenfurt haben.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. der Erziehungsberechtigten

Wir bitten um Verständnis, dass wir ausschließlich das Lastschriftverfahren als Zahlungsart akzeptieren.

Seit Einführung des SEPA (Single European Payment Area) sind dafür SEPA-Lastschriftmandate erforderlich. Dieses finden Sie auf der nächsten Seite. Wir bitten um Verständnis, dass wir keine Anträge auf Gastmitgliedschaft ohne gültiges SEPA-Lastschriftmandat annehmen.



# SEGLERJUNGENSCHAFT NÜRNBERG e.V.

## SEPA LASTSCHRIFTMANDAT SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Seglerjugenschaft Nürnberg e. V. (Kurzform SJN e. V.)  
Kassenwart Dieter Schenkel**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

**Am Schwedentor 2**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**97199 Ochsenfurt**

Land / Country:

**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE42SJN00001238388**

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

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).

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:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

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 / Date:

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