



## Antrag auf einen Spind

**Hiermit beantrage ich einen Spind im Segel-Club Münster e. V.**

Dies stellt keine Garantie für die Zuweisung eines entsprechenden Spindes dar. Die Zuteilung erfolgt abhängig von der Verfügbarkeit durch die im entsprechenden Ressort verantwortlichen Personen und wird dem Antragsteller mit der Angabe der Spindnummer bestätigt.

Dieser Antrag gilt so lange, bis er schriftlich vom Antragsteller widerrufen wird.

Die Spinde im SCM werden vornehmlich für aktive Segler zur Verfügung gestellt.

Vor- und Nachname:

---

Straße / Hausnr.:

---

PLZ / Wohnort:

---

Geburtsdatum:

---

Telefon / Mobiltelefon:

---

E-Mailadresse:

---

**Ich verpflichte mich hiermit zur Zahlung der Spindgebühr gemäß der Gebührenordnung - die mir bekannt ist - durch Bankeinzug im SEPA Lastschriftverfahren. Das SEPA-Lastschriftmandat (siehe Rückseite) füge ich diesem Antrag ausgefüllt bei.**

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers

---

und ggf. des Erziehungsberechtigten



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Segel-Club Münster e. V. fällige Mitgliedsbeiträge, Aufnahmegebühren, Kursgebühren, Gebühren für gemietete Spinde, Gebühren für Hafentiege- bzw. Hallenstellplätze, Charter für Clubboote, Kautionen sowie nicht bar bezahlter Verzehr in der SCM-Messe für das Mitglied

\_\_\_\_\_  
NACHNAME, VORNAME

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Segel-Club Münster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Zahlungsempfängers: Segel-Club Münster e.V.  
Anschrift des Zahlungsempfängers: Annette-Allee 7, 48149 Münster  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000927410  
Art der Zahlung: Wiederkehrend

Für die Durchführung der Lastschriften sind die folgenden Informationen über den Zahlungspflichtigen (kann vom Mitglied abweichen, für das die Zahlungen getätigt werden) zwingend erforderlich. Anschrift und E-Mailadresse werden für die gesetzlich vorgeschriebene Prenotification benötigt und werden keinesfalls für andere Zwecke verwendet oder weitergegeben.

**(In Druckbuchstaben ausfüllen)**

NAME, VORNAME des Zahlungspflichtigen	
ANSCHRIFT des Zahlungspflichtigen	
E-MAIL des Zahlungspflichtigen:	
BANK Name, Ort	
IBAN:	
BIC:	

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belegdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift