

PRIJAVNICA / ANMELDEFORMULAR

za članstvo pri SAK Posojilnica Zveza Bank
für eine Mitgliedschaft beim SAK Posojilnica Zveza Bank



Način članstva / Art der Mitgliedschaft

PROSIM NAKRŽAJTE / BITTE ANKREUZEN

- podporni član**
Unterstützendes Mitglied
[vsaj/mind. € 10,-]
- redni član**
Ordentliches Mitglied
[vsaj/mind. € 20,-]

Želim sledečo plačilo / Ich wünsche folgende Zahlung:

- izknjižni nalog
Einzugsermächtigung
- s položnico
Erlagschein
- preko interneta
Internetüberweisung

IME/VORNAME:
CESTA/STRASSE:
TELEFON:
ROJSTNI DAN/GEBURTSDATUM:

PRIMEK/NACHNAME:
POŠTNA ŠTEVILKA/PLZ&ORT:
E-MAIL:

Plačam/Ich zahle:

- mesečno
monatlich
- letno
jährlich
- 5,- € 10,- € 20,- € 50,- € 100,- € , - €
drugo vsoto/anderer Betrag

S podpisom tega formularja ste postali član SAK Posojilnica Zveza Bank in se strinjate, da boste mesečno/letno vplačevali vsoto, ki ste jo izbrali. Članstvo lahko s koncem vsakega koledarskega leta ukinete.

Ta formular lahko oddaste v tajništvo SAK Posojilnice Zveza Bank (Durchlaßstr. 35,9020 Celovec), ga nam posredujete po pošti ali po faksu (0463-500610-4).

Mit der Unterschrift auf diesem Formular sind sie ab diesem Zeitpunkt Mitglied des SAK Posojilnica Zveza Bank und erklären sich einverstanden monatlich/jährlich den ausgewählten Beitrag einzuzahlen. Die Mitgliedschaft kann vor Ablauf eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.

Dieses Formular können sie im Sekretariat des SAK Posojilnica Zveza Bank (Durchlaßstr. 35,9020 Klagenfurt) abgeben, oder sie senden das Formular per Post oder Fax (0463/500610-4) an das Sekretariat retour.

Kraj in datum, podpis Ort und Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung

Erteilung

An **SAK POSOJILNICA ZVEZA BANK, Durchlaßstraße 35, 9020 Celovec/Klagenfurt**

Zahlungspflichtiger	
NAME (TITEL, VORNAME, NACHNAME):	ANSCHRIFT (STRASSE, PLZ, ORT, POSTFACH):
KONTONUMMER DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN:	BEI (GENAUE BEZEICHNUNG DER KREDITUNTERNEHMUNG):
	BANKLEITZAHL:

Kundenwunsch

Erteilung: Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich / Wir habe (n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen nach erfolgter Abbuchung oder nach erfolgtem Einzug ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

ÄNDERUNG: Ich/Wir ersuche/n um Änderung folgender Daten:

WIDERRUF: Hiermit widerrufe (n) ich / wir, die von mir / uns erteilte Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften.

Datum, Unterschrift