



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 Unternehmens 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.

<b>Aufnahmegebühr:</b>	<b>€ 80,- einmalig</b>
<b>Jahresbeitrag:</b>	<b>€ 350,- per Lastschriftinzugsverfahren</b>
<b>Jahresbeitrag:</b>	<b>€ 355,- per Überweisung (Innerhalb von 5 Tagen)</b>
	Sparkasse Dachau, BLZ 700 515 40, Konto Nr.: 280037862, IBAN: DE97 7005 1540 0280 0378 62, Swift-BIC: BYLADEM1DAH

**Ich entscheide mich für:** *(Bitte ankreuzen)*

**Lastschriftinzugsverfahren**

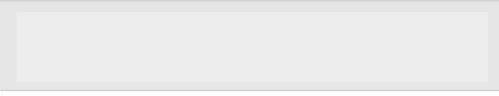
*(Bitte beigefügtes SEPA-LEV ausgefüllt und unterschrieben im Original an uns zurück)*

**Überweisung**

Ort/Datum/Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandats

ausgefüllt und unterschrieben an Service@camionpro.eu zurücksenden

ERTEILEN EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS	
Name des Zahlungsempfängers:	<b>Camion Pro International</b>
Anschrift des Zahlungsempfängers:	<b>Camion Pro International Oberer Graben 6 CH-9000 St. Gallen/Switzerland</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer:	<b>CH 93 ZZZ 00000000235</b>
Mandatsreferenz: ist gleich Mitgliedsnummer: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<b><u>Einzugsermächtigung:</u></b> 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.	
<b><u>SEPA-Lastschriftmandat:</u></b> 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.	
<b><u>Hinweis:</u></b> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Land / PLZ / Ort	
Straße/ Hausnummer:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): <b>DE</b>	
BIC:	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	Ort, Datum (TT/MM/JJJ)
	

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