



Camion Pro International Wiedenstraße 50, CH – 9470 Buchs, Switzerland  
 Mitglieder aus Deutschland werden betreut von Camion Pro e. V. &  
 Einkaufsgemeinschaft Camion Pro GmbH  
 Leopoldstraße 244, 80807 München · Tel.: 089 3160597- 0 · Mail: info@camionpro.eu

## Antrag auf Unternehmens Mitgliedschaft

Antrag bitte ausfüllen und unterschrieben an CAMION PRO zurückfaxen

Name/Firma:	
Name/Vorname:	
Straße/Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
FAX:	
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>€ 320,- per Lastschriftinzugsverfahren</b>
<b>Jahresbeitrag:</b>	<b>€ 325,- 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

**ERTEILEN EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG  
UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS**

**Name des Zahlungsempfängers:**  
Camion Pro International

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**  
**Straße und Hausnummer:** Hertensteinstrasse 51,  
**Land, Postleitzahl und Ort:** Schweiz, 6004 Luzern

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
CH 93 ZZZ 00000000235

**Mandatsreferenz: ist gleich Mitgliedsnummer:** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

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.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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 / unsere 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

**Land, Postleitzahl und Ort:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**  
DE

**BIC**

**Ort:**

**Datum (TT/MM/JJJJ):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**