

Western Europe Working Australian Shepherd Club
Membership Application

Please see details below!

Name:

Date of Birth:

Street:

City:

Country:

Telephone:

Faxnumber:

e-mail:

Member of ASCA?

Yes

Membership Number:

Family Membership

Name and Date of Birth of Family Members:

Full Membership

Junior Membership

I/We the undersigned, do hereby submit this application to WEWASC and agree to abide to its bylaws.

Date:

Signature:

Signature:

I agree that my name, address and e-mail contact will be added to the membership list, available for all WEWASC members.

Yes

No

City:

Date:

Signature:

Please send the completed membership fee and the SEPA direct debit mandate by post to the WEWASC Secretary:

Ira Schlaghecken
Broch 21
51515 Kürten
GERMANY

oder
via E-Mail to: secretary@wewasc.com

Membership fee:

30,00 € Full membership
18,00 € For each additional familiy membership
12,00 € Junior membership

10,00 € Admission fee

Western Europe Working Australian Shepherd Club
Mitgliedsantrag

Bitte die Hinweise auf der folgenden Seite beachten!

Name:

Geb. Datum:

Straße:

Ort:

Land:

Telefon:

Fax:

e-mail:

Sind Sie Mitglied im ASCA? Ja Mitgliedsnummer:

Familienmitgliedschaft

Name und Geb. Datum der Familienmitglieder:

Vollmitgliedschaft

Juniormitgliedschaft

Ich/Wir bestätige/n mit meiner/unsere(r) Unterschrift den Beitritt zum WEWASC und dass ich/wir der Satzung folge leisten werde/n.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine Adresse und e-mail Kontakt den Mitgliedern des WEWASC über die Mitgliederliste zur Verfügung gestellt werden.

Ja

Nein

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Bitte Senden Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag sowie das SEPA-Lastschriftmandat auf dem Postweg an den WEWASC Schriftführer:

Ira Schlaghecken
Broch 21
51515 Kürten
GERMANY

oder
per Mail an: secretary@wewasc.com

Beiträge:

30,00 € Vollmitgliedschaft
18,00 € für jedes weitere Familienmitgliedschaft
12,00 € Juniormitgliedschaft

10,00 € Aufnahmegebühr bei Antragstellung

SEPA Direct Debit Mandate / Sepa-Lastschriftmandat

Recurrent Payment / Wiederkehrende Zahlungen

Creditor's Name and address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

WEWASC e.V.
Western Europe Working Australian Sheperd Club
Haibacherstraße 118
63768 Hösbach



Creditor identifier / Gläuber-Identifikationsnummer: **DE52ZZZ00001169532**

By signing this Mandate form, you authorise WEWASC e.V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions form WEWASC e.V.

Ich / wir ermöchte(n) WEWASC e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom WEWASC e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refrend from your bank under the terms and contitions of your agrrement with your bank. A refund must be claimend within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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

Name of debtor / Kontoinhaber (Vorname, Name):

Street Name und number / Straße, Hausnummer:

Postal Code and City / Postleitzahl und Ort:

Country / Land:

Account number-IBAN / IBAN-Nummer:

Swift BIC / BIC:

Location, date / Ort, Datum:

Signature(s) / Unterschrift(en):