

Bitte ausfüllen, unterschreiben und einsenden an: /
please fill out, sign and mail to:

Abonnement der Briard Revue Subscription for Briard Revue

Briard Club Deutschland e.V.
Mitgliederverwaltung
Martin Müller
Brucker Straße 57
82205 Gilching



Ich möchte die Briard Revue abonnieren / I wish to subscribe for the Briard Revue : Jahresbeitrag / annual fee

- Abonnement der Briard-Revue Inland (nur für Mitglieder anderer Briard-Zuchtverbände der FCI) Euro 40,00
/ Subscription for Briard Revue within Germany (only for members of other FCI Briard clubs)
- Abonnement der Briard-Revue Ausland / *Subscription for Briard Revue outside of Germany* Euro 45,00

Vorname / First Name _____

Name / Last Name _____

Straße / Street _____

PLZ/Ort / Postal Code/City _____

Bundesland/Land / Country _____

Telefon / Phone _____

e-Mail _____

Geburtsdatum / Date of Birth _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich Mitglied in einem anderen Briard-Zuchtverband der FCI bin, Ausland ausgenommen./
With my signature I confirm to be a member of an FCI acknowledged Briard club, other countries than Germany excluded.

Datum/Ort / Date/City

Unterschrift / Signature

Bitte füllen Sie ebenfalls nachfolgendes SEPA-Lastschriftmandat aus. Einen Antrag auf Abonnement ohne diese Einzugs-ermächtigung können wir nicht annehmen. (Dies gilt für alle Länder mit Euro-Währung. Mitglieder ausserhalb des Euro-Währungsgebiets zahlen per Überweisung nach Rechnungserhalt.) / *Please fill out the SEPA Direct Debit Mandate on the next page as well (Required for members in the Euro-zone. Members outside the Euro-zone will receive an invoice)*



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Briard Club Deutschland e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

An der Schilde 2

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

D-19209 Badow

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE90ZZZ00000768238

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

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

Zahlungsart / Type of payment: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell