



ROYAL-HAZE

# Cannabis Social Club „Royal-Haze“

Allmend 6 - 74206 Bad Wimpfen - Telefon 015754600371  
www.Royal-Haze.com

## \*Beitrittserklärung (Personendaten)

Name\*

Vorname\*

Straße/Nr.\*

PLZ\*

Ort\*

E-Mail\*

Geb. Datum\*

## Aufklärung

§ Höhe des Beitrags

(1) Die Mitglieder haben folgende Kosten während der Zeit im Verein zu tragen:  
-**Siehe Satzung / Beitragsordnung.**

„Bei Annahme deiner Mitgliedschaft, garantieren wir einen sicheren Platz im CSC, wenn wir von den zuständigen Landesbehörden eine dementsprechende Anbaulizenz erhalten. Sollte diese Lizenz nicht erteilt werden, werden Bereits gezahlte Beiträge im Falle des Austrittes oder der Schließung des Vereins nicht erstattet.“

\*Pflichtfelder, Wahrheitsgemäß auszufüllen

## **\*Aufnahmeprotokoll**

Heute ist der \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr in \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ dass ich dem  
Cannabis Social Club „Royal-Haze“ beitreten möchte.

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ dass ich mental  
und physisch in der Lage bin, einen rechtsverbindlichen Vertrag zu unterzeichnen.

### **Voraussetzungen der Mitgliedschaft**

1. Die Voraussetzung der Volljährigkeit ist erfüllt.
2. Die Voraussetzung des gewöhnlichen Aufenthalts, wie auch des Wohnsitzes in Deutschland muss erfüllt sein.
3. Die Ziele des Cannabis Social Clubs sind mir bekannt, ebenso fühle ich mich diesen Zielen verbunden.
4. Des Weiteren bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich derzeit in keinem anderen Cannabis Social Club Mitglied bin.

Ausgefüllt zurücksenden an [MaxKlenk@royal-haze.com](mailto:MaxKlenk@royal-haze.com)

Oder

Ausgefüllt zurücksenden an Cannabis Social Club Royal-Haze e.V.  
Allmend 6, 74206 Bad Wimpfen

Mit einer Kopie oder einem Foto deines Personalausweises

Ort, Datum\*

Unterschrift\*

# Anleitung : Ausfüllen des Sepa-Mandats für die Abbuchung der Beiträge

1. Alle Rosa markierten Felder ausfüllen und Unterschreiben



2. Fertig

<b>SEPA-Lastschriftmandat</b> <b>SEPA Direct Debit Mandate</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Zahlungsempfänger &lt;-&gt; Zahlungspflichtigen</div>
<b>Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:</b> Cannabis Social Club Royal-Haze e.V.	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> Allmend 8	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> 74208 Bad Wimpfen	<b>Land / Country:</b> Deutschland
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:</b> DE7022200002747010	
<b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):</b> Rh -	
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.	
<b>Zahlungsart / Type of payment:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:</b> [redacted]	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*</b> <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> [redacted]	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> [redacted]	<b>Land / Country:</b> Deutschland
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):</b> [redacted]	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):</b> [redacted] <small>Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.                  Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.</small>	
<b>Ort / Location:</b> Bad Wimpfen	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b> [redacted]
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:</b> [redacted]	

114 902 001 00 (Fassung Feb. 2016) - v2.5  
 © Deutscher Sparkassenring