

# Welche Mitgliedschaft für mich?

Die Club-Mitgliedschaft im OPEN COUNTY® GOLFCLUB hat die folgenden opencounty26 -Modelle parat für Dich.

## FAIR WAY

VOLLES SPIELRECHT & DGV-AUSWEIS

JAHRESBEITRAG € 349,-\*  
oder € 29,90\*  
pro Monat

## HOLY SUPPORTERS

VOLLES SPIELRECHT & DGV-AUSWEIS\*\*

JAHRESBEITRAG € 249,-\*  
oder € 20,90\*  
pro Monat

## GREEN WAY

GREEN FEE SPIELRECHT & DGV-AUSWEIS

JAHRESBEITRAG € 219,-\*  
oder € 19,90\*  
pro Monat

## OC'S 8 TO 8TEENS

VOLLES SPIELRECHT & DGV-AUSWEIS

JAHRESBEITRAG € 149,-\*  
oder € 12,90\*  
pro Monat

Werde Teil der Open County® Familie  
OPEN HEART, OPEN MIND, OPEN SOUL  
[www.opencounty.de](http://www.opencounty.de)



Open County® Golfclub, Inh. Gunnar Zimmermann  
Methfeldweg, Tating - Welter Straße 20, 25836 Kirchspiel Garding  
Offizielles Mitglied im Deutschen Golf Verband

\* DGV und LGV-Abgaben sind im Preis enthalten

\*\* Ohne Handicapverwaltung

## Jahresnutzung / Mitgliedschaft

OPEN COUNTY 26 im Open County® Golfclub

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

HCP: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte wähle Dein Saisonpaket:

Fairway  Holy Supporters

Greenway  8to8Teens



Zahlungsweise:

Jährlich  Monatlich

**opencounty26**

Name des Zahlungsempfängers/Creditor name:

**Open County®, Inh. Gunnar Zimmermann**

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

**Welter Straße 20**

Postleitzahl und Ort/Postal code and city: Land/Country:

**25836 Kirchspiel Garding**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE81ZZZ00002850699**

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

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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:

**DE**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

**DE**

BIC (8 oder 11 Stellen)/BIC (8 or 11 characters): **DE**

Ort/Location: Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: