

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



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

SEPA-Mandat

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 **X**

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):

DEBIC (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: