



ANMELDUNG

Tel.: 0043 / (0) 4242 / 22 22 5
Fax: 0043 / (0) 4242 / 22 22 5 14

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular in GROSSBUCHSTABEN aus!

Firmenname:.....
Vorname:.....
Nachname:
Straße:
PLZ / Ort:
Handy:
E-Mail:
Produkt im Salon: bei Wettkämpfen:
Naildesigner seit:

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich ordentliches Mitglied der European Nail Association (ENA) werden möchte. Die ENA ist ein eingetragener Verein nach österreichischem Recht, Registernummer Vr-4106-E129/04. Ich erkläre hiermit, dass ich die Statuten der ENA vollinhaltlich anerkenne und ich die ENA nach besten Kräften fördern werde.

Sollte ich als Mitglied aufgenommen werden, so bekomme ich von der ENA eine Mitgliedskarte zugesendet. Ab dem Tag der Aufnahme in den Verein ist ein monatlicher Mitgliedsbeitrag von EUR 8,00 zu entrichten. Der Mitgliedsbeitrag wird halbjährlich im Voraus von meinem Konto eingezogen. Die Laufzeit der Mitgliedschaft beträgt ein Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht spätestens 2 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

ACHTUNG: Eine Mitgliedschaft ist nur in Zusammenhang mit einer gültigen Einzugsermächtigung möglich. Für Rückbuchungen aus welchem Grund auch immer werden zusätzlich zu den Bankspesen von der ENA EUR 15,00 verrechnet.

Ich erkläre mich einverstanden, von der IMS Europe - Nail Vertriebs GmbH sowie deren Distributoren und Partnerfirmen regelmäßig Werbung per Post, Telefax, e-Mail sowie Telefon zu erhalten. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit durch ein formloses Schreiben an die ENA, Seeufer Landesstr. 42, 9580 Drobollach, Austria widerrufen.

.....
Ort | Datum

.....
Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir haben(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Bitte die Kontodaten unbedingt VOLLSTÄNDIG ausfüllen!

Kontoinhaber:
Kontonummer:
Bankleitzahl:
Bankbezeichnung:
IBAN:
SWIFT (BIC):

.....
Ort | Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers