Beitrittserklärung

Die alte Schmiede Mambach braucht Unterstützung
Deshalb werde ich / werden wir Mitglied im

Verein

Alte Schmiede Mambach e. V.

gegründet 20.03.2012

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:

Straße: PLZ: Wohnort:

Datum: Unterschrift:

Jahresbeitrag in EUR - bitte ankreuzen bzw. eintragen			
Einzelmitglied		**Familienmitgliedschaft**	
Mindestbeitrag	freiwilliger Beitrag	Mindestbeitrag	freiwilliger Beitrag
12		**20**	

Ich bin damit einverstanden, dass der Verein mir Mitteilungen, Bekanntmachungen und Informationen an folgende E-Mail-Adresse übermittelt:_____

Unterstützen Sie uns beim Beitragseinzug.
Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus.
Herzlichen Dank !!!

Kontakt :	1. Vorsitzender	Christoph Faller	Waldstraße 4 79677 Aitern
	Kassierer	Klaus Wetzel	Ortsstr. 52 A 79669 Zell - Mambach
Bankverbindung:		IBAN :	DE 08 6835 1557 0003 2860 77
		BIC:	SOLADES1SFH

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein "Alte Schmiede Mambach e. V " - Kassierer Klaus Wetzel

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Ortsstr. 52 A

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

79669 Zell - Mambach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE17ZZZ00000202781

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:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

manuell

114 902.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt