

Aufnahmeantrag

Schlossruine Hartenstein e.V.



Anrede: Titel:

Nachname: Vorname:

Straße & Nr.:

PLZ & Ort:

Geb.-Datum: Telefon:

E-Mail:

Firma:

Meine Fähigkeiten zur Vereinsunterstützung:

.....

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich meinen Wunsch um Aufnahme in den Verein Schlossruine Hartenstein e.V. Gleichzeitig bestätige ich mein Einverständnis mit allen Punkten der Satzung des Vereins. Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass die von mir genannten persönlichen Daten durch den Verein elektronisch erfasst und verarbeitet werden. Das Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten und möglicher Ablichtungen bei Vereinsveranstaltungen an Dritte beschränkt sich ausdrücklich auf die Verwendung von diesen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit des Vereines.

- Mitglied mit einem Beitrag von 5 € pro Monat
- Fördermitglied mit einem Beitrag von mind. 20 € pro Monat
- Ich zahle 20 € pro Monat
- Ich zahle einen höheren Betrag pro Monat:

Der Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beitragsordnung ist jährlich zu zahlen und im jeweiligen Mitgliedsjahr bis zum 31.03. fällig. Ich stimme dem Einzugsverfahren durch den Verein zu.

.....
Ort & Datum

.....
Unterschrift



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

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

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