



LandFrauenVerein Bordesholm und Umgebung e.V.



Beitrittserklärung

Name /Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail: _____

Beruf*: _____

Ehrenamt*: _____

Interessen/Hobby*: _____

*freiwillige Angaben

Mitgliedskarte: _____

(bei Austritt abzugeben)

erhalten am

abgegeben am

Erklärung

- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass der LandFrauenVerein Bordesholm und Umgebung e.V. Bilder* veröffentlichen darf, auf denen ich zu sehen bin.
(Zeitung, Internet, Homepage und Facebook)
*die Bilder werden nicht personenbezogen benannt!
- ✓ Der Jahresbeitrag wird, der Satzung entsprechend am 28.02. d.J., im Lastschriftverfahren eingezogen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

ORTSGRUPPE :

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

LandFrauenVerein Bordesholm und Umgebung.e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Dorfstr. 23

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

24241 Schmalstede

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 8 Z Z Z 0 0 0 0 4 4 6 3 1 7

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

M I T G L I E D S B E I T R A G

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

D E

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

D E

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Bordesholm

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

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