

Verein der Tierfreunde Balzfeld e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich..... geboren am.....

wohnhaft in Telefon.....

Straße.....

Email.....

beantrage hiermit meinen Eintritt in den Verein der Tierfreunde Balzfeld e.v.

Ich erkenne die Vereinssatzung an.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit jährlich:

für Erwachsene Euro 15,00

für Jugendliche von 14 – 18 Jahren Euro 5,00

Kinder bis 14 Jahre und Rentner (auf Antrag) sind beitragsfrei

Es werden nur noch Mitglieder aufgenommen, die dem Lastschriftinzug (Bankverbindung siehe umseitig) zustimmen.

Dielheim-Balzfeld, den

Unterschrift des Antragstellers

(bei minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Für den Antragsteller!

Sehr geehrter Tierfreund,

die Vorstandschaft der Vereins der Tierfreunde Balzfeld e.V. bearbeitet Ihren Antrag über die Mitgliedschaft nach den satzungsrechtlichen Grundsätzen. Sie werden über die Annahme des Antrags informiert und bei positivem Bescheid sind Sie rechtmäßiges Mitglied.

Der Vorstand dankt für Ihren Aufnahmeantrag und sorgt für umgehende Bearbeitung.
Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor address

Verein der Tierfreunde Balzfeld e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Dorfstraße 15

Postleitzahl und Ort / Postal code and city

69234 Dielheim

Land / Country

| Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier

D E 6 3 Z Z Z 0 0 0 0 4 2 2 3 3 7

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

T P

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) / Debitor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debitor 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. 35 Stellen) / IBAN of the creditor (max. 35 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/JJ) / Date (DD/MM/YYYY)

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