

"Verein der Freunde und Förderer der Marienkapelle Simonskall e.V."

Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im „Verein der Freunde und Förderer der Marienkapelle Simonskall e.V.“.

(Vor- und Zuname / Firma / Vereinigung)

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Wohnort)

(Telefon)

(E-Mail)

Über diese zusätzlichen Informationen würden wir uns freuen:

(Geburtsdatum)

(Beruf)

Ich zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag: 24,00 Euro/Jahr - laut Beschluss der Gründungsversammlung am 13.12.2010) in Höhe von

..... € (in Worten:Euro).

Hiermit ermächtige ich den "Verein der Freunde und Förderer der Marienkapelle Simonskall e.V.", den o.a. Jahresbeitrag bis spätestens zum 30. Juni eines jeden Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen; auf mein umseitig unterzeichnetes SEPA-Lastschriftmandat wird verwiesen.

Den o.a. Jahresbeitrag überweise ich bis spätestens zum 30. Juni eines jeden Jahres auf folgendes Vereins-Konto:

**Sparkasse Düren, Konto 1200 534 632, BLZ 395 501 10
IBAN: DE94 3955 0110 1200 5346 32 - BIC: SDUEDE33XXX**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

(Beitrittserklärung bitte zurückreichen an Vors. Berthold Rüttgers, Germeter 78, 52393 Hürtgenwald)

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER MARIENKAPELLE SIMONSKALL E.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Germeter 78

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

52393 Hürtgenwald

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 5 9 Z Z Z 0 0 0 0 3 2 9 4 8 3

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.

***) MITGLIEDSBEITRAG**

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen / 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 / 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.