

Aufnahmeantrag der Bürger für Griesstätt e.V.



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Handy

Beruf

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein „Bürger für Griesstätt e.V. Die Satzung und Beitragsordnung des Vereins erkenne ich durch meine eigenhändige Unterschrift an.

Jahresbeitrag: 18,00 EUR (Stand 01.11.2019)

Griesstätt (Datum) Unterschrift

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung der vorstehenden personenbezogenen Daten unter Anwendung der DSGVO im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Meine o.a. Daten werden nur für die Zwecke der Mitgliederverwaltung und -betreuung von Bürger für Griesstätt erhoben, gespeichert und genutzt. Die WhatsApp und E-Mail-Adresse kann für den Versand von Informationen und für Einladungen von Versammlungen genutzt werden. Der Versand von Einladungen auf elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dieser Widerruf ist zu richten an: Bürger für Griesstätt e.V., Martin Fuchs, Alpenstraße 9, 83556 Griesstätt, info@buenger-fuer-griesstaett.de.

Griesstätt (Datum) Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Bürger für Griesstätt

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Alpenstr. 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

83556 Griesstätt

Land / Country:

Deutschland

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 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:

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

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