



Freunde des
Eschweger
Sophiengartens e.V.

Freunde des Eschweger Sophiengartens e. V.

Herr Gerhard Wellmann
Marktplatz 11
37269 Eschwege

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein "Freunde des Eschweger Sophiengartens e. V." zum Mitgliedsbeitrag von 12 € jährlich.		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefon (Vorwahl- und Rufnummer)		Mobil-Telefon (Vorwahl- und Rufnummer)
Fax (Vorwahl- und Rufnummer)		E-Mail-Adresse
Ort	Datum	Unterschrift

Als Familienangehörige(r) beantrage ich ebenfalls die Mitgliedschaft im Verein "Freunde des Eschweger Sophiengartens e. V." zum Mitgliedsbeitrag von 8 € jährlich.		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefon (Vorwahl- und Rufnummer)		Mobil-Telefon (Vorwahl- und Rufnummer)
Fax (Vorwahl- und Rufnummer)		E-Mail-Adresse
Ort	Datum	Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag ist satzungsgemäß am 1. März jeden Jahres fällig. Ich/Wir wünsche(n) den bequemen Lastschrifteinzug. **Einzugsermächtigung bzw. SEPA-Lastschriftmandat dazu siehe Rückseite.**

Ein Austritt aus dem Verein ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres möglich und muss gegenüber dem Vorstand bis zum 30. September schriftlich erklärt werden.

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Name und Anschrift Freunde des Eschweger Sophiengartens e. V. Marktplatz 11 37269 Eschwege		
Gläubiger-Identifikationsnummer DE19ZZZ00000025623		
Mandatsreferenz FES-	vorn	Die Mandatsreferenz wird erst bei Aufnahme in den Verein vergeben und danach dem Zahlungspflichtigen mitgeteilt.

Zahlungspflichtige(r)

<p>Einzugsermächtigung: Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.</p> <p>SEPA-Lastschriftmandat: Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/ wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.</p> <p>Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/ uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.</p>		
Zahlungsart [x] Wiederkehrende Zahlung [] Einmalige Zahlung		
Name, Vorname / Kontoinhaber(in)		
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Konto-Nummer		Bankleitzahl (BLZ)
Name des kontoführenden Kreditinstituts		
IBAN		BIC
Ort	Datum	Unterschrift(en) / Kontoinhaber

SEPA Single Euro Payments Area
 IBAN International Bank Account Number
 BIC Bank Identifier Code

Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum
 Internationale Bankkontonummer
 Bankkennzeichen, im übertragenen Sinne Bankleitzahl