

Freundeskreis Einsatzgruppenversorger Bonn e.V.

c/o Ingo Holdorf, Mühlenbachstraße 41, 53229 Bonn

Vereinsregisternummer: VR 9273 beim Amtsgericht Bonn

Vertreten durch: Ingo Holdorf (Vorsitzender),

Werner Schiebert (Stellv. Vorsitzender)



BEITRITTSANTRAG

Hiermit beantrage(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum „Freundeskreis Einsatzgruppenversorger BONN e.V.“

Firma / Verein	Anrede
Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Geburtsdatum	

Der aktuelle Jahresbeitrag in Höhe 60,00 € pro Jahr wird stets im Februar fällig.

Ich zahle per

SEPA-Lastschrift:

Bitte füllen Sie das separate SEPA-Mandat aus!

Überweisung:

Bitte überweisen Sie den Mitgliedbeitrag jeweils bis zum 31.01. des Beitragsjahres auf folgendes Konto:

Freundeskreis Einsatzgruppenversorger BONN e.V.

Sparkasse KölnBonn

IBAN: DE80 370501981929644225

BIC: COLSDE 33 XXX

(Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers)

Stand: 27.03.2019



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Freundeskreis Einsatzgruppenversorger BONN e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
c/o Stadt Bonn

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
53103 Bonn

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
| D E 5 0 Z Z Z 0 0 0 0 0 5 2 9 6 5 9 |

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (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/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

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