

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

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

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 (Kontoinhaber) / 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.

**„Förderverein Museum der Deutschen Fallschirmjägertruppe und
der Garnisonsgemeinde Altstadt/Obb.“ e.V.**

Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Förderverein Museum der Deutschen
Fallschirmjägertruppe und der Garnisonsgemeinde Altstadt/Obb.“ e.V.**

Mitgliedsbeitrag: EUR 20,00

Meine persönlichen Daten (bitte Druckbuchstaben):

Vor- und Zuname: _____

Dienstgrad (aktuell bzw. ehemals): _____

geb. am: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ eMail: _____

Mit der Speicherung dieser Personaldaten sowie mit der Weitergabe dieser Daten für
Vereinszwecke (z.B. besondere Veranstaltungen) bin ich einverstanden.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte mit Briefpost an den Geschäftsführer des Fördervereins:

Dieter Finger, St.-Wendelin-Weg 1, 86986 Schwabbruck.

Hinweis zum Einzug des Mitgliedsbeitrags:

Für den Einzug des Mitgliedsbeitrags durch unseren Kassier bitte das beiliegende

Formblatt „SEPA-Lastschriftmandat“ verwenden und der Beitrittserklärung beilegen.

Spenden-/ Beitragskonto:

Stichwort „Förderverein FschJg-Museum Altstadt“
Sparkasse Oberland IBAN: DE21 7035 1030 0005 3859 84