
Mitgliedsantrag

„Dorfgemeinschaft Dahl-Friedrichsthal e.V.“

Ich möchte Mitglied im Verein „Dorfgemeinschaft Dahl-Friedrichsthal e.V.“ werden:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
Handynummer:	
Email-Adresse:	

Sofern der/die Antragsteller/in unter 18 Jahren ist, ergänzen Sie bitte nachfolgend die Angaben zum/zur Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefonnummer:	
Handynummer:	
Email-Adresse:	

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt gemäß Beschluss der Mitgliederversammlung 12,00

Euro. Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird kein Beitrag erhoben.

Der Betrag wird per SEPA-Lastschrift eingezogen.

**Einwilligung in die Datenverarbeitung einschließlich der Veröffentlichung von Personenbildern
im Zusammenhang mit dem Eintritt in den Verein**

Hiermit erkenne ich die Satzung und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.
Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 u. 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis
genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den
Verein genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben
freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft
widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggfs. Erziehungsberechtigte/r)



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*

* 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:

manuell