

Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt in die Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Geb.-Dat.: _____ E-Mail Adresse: _____
Telefon : _____ Mobil : _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und verpflichte mich zur ordnungsgemäßen Zahlung der Mitgliedsbeiträge.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Zusätzliche Angaben für statistische Zwecke:

Vor- und Zuname der Partnerin: _____

Geburtsdatum der Partnerin: _____

Datum der Eheschließung: _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels SEPA-Lastschrift

Bitte beiliegendes SEPA Lastschriftmandat ausfüllen und unterschrieben mit dem Antrag zurück geben.

*Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Stornogebühren wegen Rückbuchungen werden von mir übernommen.*

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung für die Veröffentlichung von Bildern

Ich bin damit einverstanden, dass die Bürgersöhne Oelsburg Bilder von mir bzw. von meinen Angehörigen im Internet oder in Festzeitschriften etc. veröffentlichen dürfen.

Ja Nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Aufnahme genehmigt am: _____

Unterschriften: _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Albertstraße 17

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

31241 Ilsede

Land / Country:

Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE70ZZZ00000425897

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.** 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 **Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.** 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 **Bürgersöhne Oelsburg von 1989 e.V.**

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:**