

Förderverein Marienbasilika Wilhelmshausen e.V.

An den amtierenden Vorsitzenden des Fördervereins Marienbasilika Wilhelmshausen e.V.:

Achim Seeger
Holzhäuser Str. 21
34233 Fuldata-Wilhelmshausen

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag, als Mitglied des Fördervereins Marienbasilika Wilhelmshausen e.V. aufgenommen zu werden.

Name: _____

Vorname: _____

Straße /
Hausnummer: _____

PLZ + Ort: _____

geboren am: _____

in: _____

Beitritt ab: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mit dem Aufnahmeantrag erkenne ich die Satzung des Vereins als für mich bindend an.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Auskünfte beim Vorsitzenden: Tel. 0171.2347921, E-Mail: AlfSeeger@web.de

Bitte füllen Sie auch das vorgeschriebene **SEPA–Lastschriftmandat auf der Rückseite** aus. Damit ermächtigen Sie den Förderverein Marienbasilika Wilhelmshausen e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 24 € jeweils im Mai einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein Marienbasilika Wilhelmshausen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Holzhäuser Str. 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

34233 Fulda

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 5 8 Z Z Z 0 0 0 0 1 7 5 5 7 8 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. 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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

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