

# FÖRDERVEREIN MARIENBASILIKA WILHELMSHAUSEN E.V. (FMW)



Herrn Achim Seeger  
Vorsitzender des FMW  
Holzhäuser Str. 21

34233 Fuldataal-Wilhelmshausen

## Aufnahmeantrag

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

Name: .....

Vorname: .....

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl und Ort: .....

Geburtsdatum und Ort: .....

Mitgliedschaft ab: .....

Telefonnummer(n): .....

E-Mail-Adresse: .....

**Ich erkenne die Satzung des Fördervereins als für mich verbindend an.** Sie ist auf der Homepage verfügbar und kann auf Wunsch auch zugesandt werden. Weitere Auskünfte erteilt der Vorsitzende gern (siehe unten). Über den Antrag entscheidet der Vorstand.

Ort, Datum und Unterschrift: .....

*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.*

---

**FMW:** Gegründet 2002. [www.foerderverein-marienbasilika-wilhelmshausen.de/](http://www.foerderverein-marienbasilika-wilhelmshausen.de/). – Amtsgericht Kassel, Vereinsregister Nr. 3330. Steuernummer. 026 250 58573. Sparkasse Göttingen: IBAN DE45 2605 0001 0000 0025 68. Kasseler Spk.: IBAN DE40 5205 0353 0001 1962 98. **Vorsitzender:** Achim Seeger, Holzhäuser Str. 21, 34233 Fuldataal-Wilhelmshausen, Tel.: 0171.2347921. E-Mail: [AlfSeeger@web.de](mailto:AlfSeeger@web.de)

# 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: