



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte ab dem _____ Mitglied im Trägerverein Gruitener Bürgersaal e.V. werden.

- Regelbeitrag 60 EUR
- freiwillig mehr als 60 EUR und zwar _____ EUR

Die Beiträge sind Jahresbeiträge.

- Durch Erteilung des SEPA - Lastschriftmandates (Einzugsermächtigung) im Anhang dieser Beitrittserklärung wird der Jahresbeitrag automatisch von Ihrem Konto abgebucht.
(Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben.)
Sie erhalten unaufgefordert eine Information mit Ihrer Mandatsfrequenz zurück.
- Ohne Erteilung der Einzugsermächtigung ist der Jahresbeitrag bis zum 30. April des jeweiligen Jahres auf das Konto des Trägerverein Gruitener Bürgersaal e.V.
(IBAN: DE89 3035 1220 0091 2023 66 / BIC: WELADED1HAA) zu überweisen oder bar an den Finanzvorstand zu entrichten.

Vorname _____ Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____ Telefon-Nr. * _____

E-Mail * _____ Geburtsdatum * _____

(* freiwillige Angaben)

Unterschrift _____

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate



Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Trägerverein Gruitener Bürgersaal e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Millrather Str. 12

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

42781 Haan

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE54 222 0000 1498 229

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 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 creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted

Ort / Location:

Haan

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

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