



Beitrittserklärung Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.

Hiermit bitte ich um Aufnahme im Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V. zu Beginn des (Monat/ Jahr) _____ .

Es wird folgende Form der Mitgliedschaft beantragt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mitgliedschaft Erwachsene (Jahresbeitrag 15€)
- Mitgliedschaft Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (Jahresbeitrag 5€)*
- Familienmitgliedschaft - schließt alle Personen ein, die gemeinsam in einem Haushalt leben (Jahresbeitrag 25€)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____


Mitgliedsnummer
(wird vom Verein ausgefüllt)

Im Rahmen der Familienmitgliedschaft werden folgende Personen zusätzlich angemeldet:

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____	

*Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Auf die Bestimmungen der Vereinssatzung wird hingewiesen. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

Desweiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift u. ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters*)

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor Name:
Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:
Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.

Postleitzahl und Ort / Postal code and city 54552 Darscheid | **Land / Country:**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE54ZZZ0000652195

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

Ich ermächtige / wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von 8 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 **Heimatverein Darscheid-Hörscheid e.V.** to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Heimatverein Darscheid-Hörscheid 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:
* 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 debtor (max. 34 characters)

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): _____
Hinweis: Die Angabe der 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:
