

Beitrittserklärung



Förderverein
ehem. Synagoge Niederzissen

Ich/Wir werde/n Mitglied/er im **Verein zur Förderung des Kulturgutes „ehemalige Synagoge“ Niederzissen e.V.**

Beiträge

Einzelbeitrag	mind. Euro 24,- pro Jahr
Partnerbeitrag	mind. Euro 36,- pro Jahr
Studenten/Azubis	mind. Euro 12,- pro Jahr

Schüler beitragsfrei.

Lebensgemeinschaften werden wie Familien behandelt. Bitte die einzelnen Personen namentlich deutlich in Druckschrift aufführen!

Jahresbeitrag: Euro 12.- Euro 24.- Euro 36.- Euro: _____

	Name	Vorname	Alter
1			
2			
3			
4			
5			

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ e-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift

Einzugsermächtigung auf der Rückseite!

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein zur Förderung des Kulturgutes ehemalige Synagoge Niederzissen e.V.

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

Im Vogelsang 23

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

56651 Niederzissen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE58ZZZ00000064400

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

Beitrag

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****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:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.