

Verein zur Förderung der Einrichtung für Blinde und Sehbehinderte in Rochsburg e.V.



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein zur Förderung der Einrichtungen für Blinde und Sehbehinderte in Rochsburg e.V. (VfR) und erkenne dessen Satzung an.

Name, Vorname : _____

Straße, Haus- Nr.: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Geburtsjahr: _____

Ich wünsche Informationen

- in Schwarzschrift
- in Punktschrift
- per E-Mail

(Zutreffendes bitte ankreuzen- mehrere Versionen möglich)

Meinen Mitgliedsbeitrag möchte ich entrichten

- per Überweisung bis 30.04. des laufenden Jahres
- Bareinzahlung bis 30.04. des laufenden Jahres
- per Lastschrifteinzug (Erteilung der Einzugsermächtigung, siehe Blatt 2)

Ort, Datum

Unterschrift

Der Vorstand des VfB hat am _____ den vorstehenden Aufnahmeantrag zugestimmt.

Unterschrift des Vorsitzenden

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" 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 "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

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:

Freiberg

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

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