



Harzklub Zweigverein Neustadt/Osterode e.V.



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte die Ziele und Aufgaben des Harzklubs unterstützen und erkläre hiermit meinen Beitritt zum Harzklub Zweigverein Neustadt/Osterode e.V.

Vollmitglied:

Firma: _____
Name, Vorname _____ geboren am _____
Anschrift _____ Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Familienmitglied:

_____ Name, Vorname _____ geboren am _____
Anschrift _____ Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Mitglied ab: _____

Beitragshöhe pro Jahr:

mein persönlicher Förderbeitrag.....€
Gewerbetreibende.....25,00 €
Vollmitglied.....16,00 €
Familienmitglied.....8,00 €
Jugendliche ab 13 Jahren.....8,00 €

Bitte erteilen Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat, dann können wir den Beitrag per Lastschrift einziehen. Oder fragen Sie uns nach einer anderen Zahlungsart.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Ihre Beitrittserklärung übergeben Sie bitte persönlich oder senden sie an:
Christel Meyer, Stieger Straße 10, 99762 Neustadt/Harz

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Harzklubzweigverein Neustadt / Osterode e.V.

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

Stieger Str. 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

99762 Neustadt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE25ZZZ00000727601

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

20170__

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Harzklubzweigverein Neustadt / Osterode e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Harzklubzweigverein Neustadt / Osterode e.V.** 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 **Harzklubzweigverein Neustadt / Osterode e.V.** 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 **Harzklubzweigverein Neustadt / Osterode 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:**

Deutschland

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 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:

Neustadt

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