

Verein zur Förderung von Kindern
Brummkreisel e.V.
Lindenstrasse 9a

23623 Ahrensböök

Ahrensböök, den _____

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den
Verein zur Förderung von Kindern Brummkreisel e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Str.: _____ Plz: _____ Ort: _____

Rufnummer: _____

E-Mail: _____

Der Mitgliedsbeitrag für den Verein zur Förderung von Kindern BRUMMKREISEL e.V. beträgt 18 Euro.
Ich bin bereit einen freiwilligen Zusatzbeitrag in Höhe von _____ Euro zu entrichten.
Bei der ersten Beitragsabbuchung wird eine Anmeldegebühr von 5 Euro erhoben.
Damit der Beitrag abgebucht werden kann, bitten wir sie die beigefügte Sepa-Lastschrift auszufüllen
und der Anmeldung beizulegen.

Datum, Unterschrift

Vom Vereinsvorstand auszufüllen:

Die Aufnahme in den Verein wurde auf der Vorstandssitzung am _____ beschlossen/ abgelehnt:

1. Vorsitzender

stellv. Vorsitzender

Verein zur Förderung von Kindern Brummkreisel e.V. - Lindenstr. 9 a • 23623 Ahrensböök

1. Vorsitzender: Thomas Thurann
Stellv. Vorsitzender: Roman Kreimeyer
Beisitzer/Kassenwart: Emmily Boeck-Wilcken

vorstand@brummkreisel-ahrensboeck.de
www.brummkreisel-ahrensboeck.de
Vereinsregister Lübeck VR 473 EU

Sparkasse Holstein
IBAN DE23 2135 2240 0001 0057 27
BIC: NOLADE21HOL

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Verein zur Förderung von Kindern - Brummkreisel e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Lindenstr. 9 a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
23623 Ahrensböök

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 (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. 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:

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

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