



Werde Mitglied bei uns... !

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt als

aktives / passives Mitglied

mit dem Mitgliedsbeitrag gemäß der aktuellen Beitragsordnung

förderndes Mitglied

mit einem festgelegten, jährlichen Beitrag von _____ €
(mindestens i. H. des aktuellen Beitrags für aktive/passive Mitglieder)

Firma (nur bei juristischen Personen notwendig)

Name

Vorname

Straße / Haus.Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

Geburtsdatum

E-Mail

- Die Satzung des Fördervereins UG-ÖEL Landkreis Eichstätt ist mir bekannt. Ich erkenne die Satzung an, die darin genannten Rechte und Pflichten als Vereinsmitglied sind mir bewusst. Die jeweils aktuelle Version der Satzung kann beim Vorsitzenden oder Schriftführer angefordert werden.
- Ich ermächtige den Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt gemäß beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied / ggf. gesetzlicher Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt, Vorsitzender Rainer Kimmel

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

Raiffeisenstr. 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

85134 Stammham

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE25ZZZ00002702230

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

Mitgliedsnummer

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 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:**