

Anmeldeformular der Stangenbachgeister – Zusehofen e.V.



Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort _____

Geburtstag: (GG/MM/JJJJ) _____ Alter: _____

TEL: _____ MOBIL: _____

E-Mail: _____

Ich war vorher in folgendem Faschingsverein/Narrenzunft _____

Ich war noch nie in einem Faschingsverein/Narrenzunft

Aktives Mitglied

Passives Mitglied

Beiträge:

Passivbeitrag/Jahr 20€ Pro Person

Aktivbeitrag/Jahr 60€ Pro Person

Zudem möchten von meiner Familie beitreten:

1. Name/Vorname: _____ Geb/Alter: _____

Aktives Mitglied

Passives Mitglied

2. Name/Vorname: _____ Geb/Alter: _____

Aktives Mitglied

Passives Mitglied

3. Name/Vorname: _____ Geb/Alter: _____

Aktives Mitglied

Passives Mitglied

4. Name/Vorname: _____ Geb/Alter: _____

Mit diesem Formular bewerbe Ich mich bei den Stangenbachgeistern - Zusenhofen e.V .

Ich bin damit einverstanden, erst nach absolvieren des Probejahres komplett aufgenommen zu werden. Dies gilt für Personen die das 18. Lebensjahr beendet haben. Bei minderjährigen Personen ab 16 Jahren bedarf es einer Unterschrift eines Erziehungsberechtigten. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Vereinsordnung in vollem Umfang an.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis ab das Bild und Videomaterial: von meiner Person und von Veranstaltungen im Rahmen des Vereines (auch privat) zum Zwecke der öffentlichen

Berichtserstattung über das Vereinsleben veröffentlicht werden dürfen. Dies beinhaltet das Internet, druckbare Medien und Handy.

Unterschrift / Datum : _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Unterschrift 1 oder 2 Vorstand: _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Stangenbachgeister Zusenhofen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Burefeldstr. 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
77704 Oberkirch

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

| D E 4 9 Z Z Z 0 0 0 0 1 6 7 8 5 4 5 |

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

Mitgliedsbeitrag

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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Oberkirch

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

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

manuell