

Antrag auf Fördermitgliedschaft

in der

Vereinigung der Helfer und Förderer
des Technischen Hilfswerks, Wörrstadt e.V.
Ober-Saulheimer-Str. 7

55286 Wörrstadt

Antragsteller

Name, Vorname, Firma _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Vereinigung der Helfer und Förderer des technischen Hilfswerks, Wörrstadt e.V. als Fördermitglied

Die Aufgaben und Ziele des Vereins sind mir bekannt.
Auf Wunsch erhalte ich eine Abschrift der Satzung des Vereins.

Meinen zu entrichtenden **Mitgliedsbeitrag** setze ich fest auf jährlich:
(zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

50,- € 100,- €

75,- € _____ €

Bitte erteilen Sie uns auf dem angefügten Beiblatt eine Einzugsermächtigung für Ihr Konto.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: Februar 2017

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Vereinigung der Helfer und Förderer des Technischen Hilfswerks, Wörrstadt e.V.

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

Ober-Saulheimer-Str. 7

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

55286 Wörrstadt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE90ZZZ00000505562

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****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**