

Beitrittserklärung zum Freundeskreis Gail'scher Park e.V.



Name, Vorname /
Firma: _____ Geb.datum: _____

Ehepartner/Partner: _____ Geb.datum: _____

Kind 1: _____ Geb.datum: _____

Kind 2: _____ Geb.datum: _____

Kind 3: _____ Geb.datum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Ich beantrage/ wir beantragen die Aufnahme in den **Freundeskreis Gail'scher Park e.V., Karlstraße 20. 35444 Biebertal (06409-81070)** als (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied (Jahresbeitrag 20 €) | <input type="checkbox"/> juristische Person (Firmen/Jahresbeitrag 125 €) |
| <input type="checkbox"/> Familie (Jahresbeitrag 25 €) | <input type="checkbox"/> Rentner/Schüler/ Student etc. (Jahresbeitrag 10 €) |

Datum: _____ Unterschrift: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Freundeskreis Gail'scher Park e.V.
Straße und Hausnummer: Karlstraße 20
PLZ und Ort: 35444 Biebertal
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23 5155 0035 0032 0026 36
Mandatsreferenz (wird vom Freundeskreis vergeben): _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige /Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: Jährlich wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____ **PLZ und Wohnort:** _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE _____

BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen): _____

Ort: _____ **Datum (TT/MM/JJJJ):** _____

Unterschrift (en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____