

Weilerswister Tafel eV.
Gläubiger-Identifikations-Nr.
DE 49ZZZ00000305510

An die
Geschäftsstelle der Weilerswister Tafel eV.
Falkenbergstr. 14

53919 Weilerswist

Antrag auf Mitgliedschaft/Fördermitglied bei der Tafel
Weilerswist eV.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 24,00 €/Jahr. Ich zahle einen
freiwilligen Förderbetrag von €/Jahr.

(unzutreffendes bitte streichen)

Ich ermächtige die Weilerswister Tafel eV. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Weilerswister Tafel eV. auf mein Kto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Strasse _____

PLZ _____

Wohnort _____

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

E-Mailadresse _____

Kontonummer ¹⁾ _____

IBAN-Nr. _____

Bank _____

BIC-Nr. _____

BLZ _____

Datum new new new new new new new new new new new new new new new new

Unterschrift -----

- 1) Die Angabe der Bankverbindung ist dann erforderlich, wenn Sie damit einverstanden sind, dass der Mitgliedsbeitrag/Förderbetrag im Lastschriftverfahren erhoben wird, was in Vereinen üblich und zur Vermeidung von Bürokratie vom Vorstand auch erwünscht ist.

Bankverbindung:

Volksbank eG Weilerswist Kto-Nr. 304085010 BLZ 38260082 BIC: GENODED 1EVB IBAN: DE31382600820304085010

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Weilerswister Tafel e.V.
Falkenbergstraße 14
53919 Weilerswist

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE49ZZZ00000305510

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Weilerswister Tafel e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

