

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 -----

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 VR-Bank Rhein Erft, Wwist Kto-Nr. 3013355010 BLZ 37161289 BIC: GENODED 1BRH IBAN: DE57371612893013355010
--

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.

