

Freie Wählergemeinschaft Wielenbach e.V.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate	
Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Freie Wählergemeinschaft Wielenbach-Wilzhofen-Haushofen e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Straße und Hausnummer / Street name and number: Moosgarten 1	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 82407 Wielenbach	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE51ZZZ00000211772	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor): FW _____	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Freie Wählergemeinschaft Wielenbach-Wilzhofen-Haushofen e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Freie Wählergemeinschaft Wielenbach-Wilzhofen-Haushofen 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Freie Wählergemeinschaft Wielenbach-Wilzhofen-Haushofen e.V. 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 Freie Wählergemeinschaft Wielenbach-Wilzhofen-Haushofen e.V. . 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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> 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:	

Freie Wählergemeinschaft Wielenbach e.V.

Moosgarten 1
82407 Wielenbach
Tel. 0881/63618

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Beruf

Ich versichere, dass ich keiner politischen Partei angeschlossen bin und dass ich die Vereinssatzung anerkenne. Mit einer elektronischen Speicherung meiner Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden.

Ich leiste einen Mitgliedsbeitrag von € 7,00 pro Jahr, den wir am ersten Bankarbeitstag im Monat Mai einziehen.

Ort, Datum

Unterschrift