

Aktionskreis Daaden e.V.

Postfach 41
57563 Daaden

info@AktionskreisDaaden.de
www.AktionskreisDaaden.de



Beitrittserklärung zum Aktionskreis Daaden e.V.

Ich / Wir

Firma :
Ansprechpartner :
Straße / Nr. :
PLZ / Ort :
Telefon :
Fax :
Email :
Internet :

erkläre(n) hiermit zum den Beitritt zum Aktionskreis Daaden e.V.

Ich / Wir ermächtige(n) den Aktionskreis Daaden e.V. den Jahresbeitrag von derzeit **140,00 €** per Lastschrift einzuziehen.

Die Zustimmung zum Beitragseinzug wird über ein separates SEPA-Lastschriftenmandat (Rückseite) erklärt.

Die Abbuchung erfolgt jeweils am 15. Mai des Jahres. Ist der 15. Mai ein Samstag, Sonntag oder ein Feiertag, so erfolgt die Abbuchung am darauf folgenden Wochentag.

Der anteilige Beitrag für das erste Jahr beträgt: € und

- wird auf eines der unten angegebenen Konten des Aktionskreis Daaden e.V. überwiesen
 soll per SEPA-Lastschrift eingezogen werden

Ort, Datum	Unterschrift / Stempel
------------	------------------------

1. Vorsitzender
Samy Luckenbach
Tel.: 02743/932550
Fax: 02743/931227

Kassierer
Dr. Jürgen Weber
Tel.: 02743/931220
Fax: 02743/931227

Volksbank Daaden
Konto: 20831804 BLZ: 57391200
BIC: GENODE51DAA
IBAN: DE91573912000020831804

Kreissparkasse Altenkirchen
Konto: 50042415 BLZ: 57351030
BIC: MALADE51AKI
IBAN: DE95573510300050042415

Aktionskreis Daaden e.V.

Postfach 41
57563 Daaden

info@AktionskreisDaaden.de
www.AktionskreisDaaden.de



SEPA-Lastschriftenmandat Für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer Aktionskreis-Daaden e.V. DE16AKD00000799737	Mandatsreferenz – Mitglied (wird vom Aktionskreis Daaden vergeben)
--	---

Ich / wir ermächtige(n) den

Aktionskreis Daaden e.V., Postfach 41, 57563 Daaden

Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom

Aktionskreis Daaden e.V., Postfach 41, 57563 Daaden

auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann / wir können innerhalb einer Frist von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses SEPA-Lastschriftenmandat ersetzt bisherige Einzugsermächtigungen und vorhergehende SEPA-Lastschriftenmandate.

Kontoinhaber (Firma, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift / Stempel
------------	------------------------

1. Vorsitzender
Samy Luckenbach
Tel.: 02743/932550
Fax: 02743/931227

Kassierer
Dr. Jürgen Weber
Tel.: 02743/931220
Fax: 02743/931227

Volksbank Daaden
Konto: 20831804 BLZ: 57391200
BIC: GENODE51DAA
IBAN: DE91573912000020831804

Kreissparkasse Altenkirchen
Konto: 50042415 BLZ: 57351030
BIC: MALADE51AKI
IBAN: DE95573510300050042415