



# Werde Mitglied bei uns... !

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt als

**aktives / passives Mitglied**

mit dem Mitgliedsbeitrag gemäß der aktuellen Beitragsordnung

**förderndes Mitglied**

mit einem festgelegten, jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ €  
(mindestens i. H. des aktuellen Beitrags für aktive/passive Mitglieder)

\_\_\_\_\_  
*Firma (nur bei juristischen Personen notwendig)*

\_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Straße / Haus.Nr.*

\_\_\_\_\_  
*PLZ / Ort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

\_\_\_\_\_  
*Mobil*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail*

- Die Satzung des Fördervereins UG-ÖEL Landkreis Eichstätt ist mir bekannt. Ich erkenne die Satzung an, die darin genannten Rechte und Pflichten als Vereinsmitglied sind mir bewusst. Die jeweils aktuelle Version der Satzung kann beim Vorsitzenden oder Schriftführer angefordert werden.
- Ich ermächtige den Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt gemäß beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Mitglied / ggf. gesetzlicher Vertreter*

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Förderverein UG-ÖEL Landkreis Eichstätt, Vorsitzender Rainer Kimmel

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Raiffeisenstr. 11

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

85134 Stammham

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE25ZZZ00002702230

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Mitgliedsnummer

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

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:** **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment**  **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**