

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „zweitausendNEUn e.V.“ als

Aktives Mitglied

Förderndes Mitglied

Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 30,- € jährlich und wird i. d. Regel innerhalb des 1. Quartals mittels SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. Änderungen der Beitragshöhe können nur von der jährlich stattfindenden Mitgliederversammlung vorgenommen werden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (freiwillig)

Mobil: \_\_\_\_\_ (freiwillig)

E-Mail: \_\_\_\_\_ (freiwillig)

Die Einwilligungserklärung zur Datenschutzordnung und zu Foto-, Film- und Audioaufnahmen ist Bestandteil der Beitrittserklärung. Die Bestimmungen der Datenschutzordnung vom 15.06.2018, die Vereinssatzung vom 13.03.2015, sowie die Erweiterungen zur Satzung vom 06.03.2009, erkenne ich an.

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

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Erziehungsberechtigte/r



1044911068000241906190

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**  
zweitausendNEUn e.V., 1. Vorsitzender Peter Freyer

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**  
Mirabellenweg 22

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**  
76756 Bellheim

**Land / Country:**  
Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**  
DE02ZZZ00000106730

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **zweitausendNEUn e.V., 1. Vorsitzender Peter Freyer**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **zweitausendNEUn e.V., 1. Vorsitzender Peter Freyer** 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 **zweitausendNEUn e.V., 1. Vorsitzender Peter Freyer** 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 **zweitausendNEUn e.V., 1. Vorsitzender Peter Freyer**.

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:**

manuell