

# Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Worfeller Kerwegesellschaft e.V.

Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: / Email: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zusammen mit mir treten folgende weitere Familienmitglieder in den Verein Worfeller Kerwegesellschaft ein:

(bitte jeweils Name, Geburtsdatum und Unterschrift angeben)

---

---

---

---

Bei Minderjährigen bitte Unterschrift von mindestens einer Erziehungsberechtigten, eines Erziehungsberechtigtem.

Um die jährliche Abbuchung des Beitrags in Höhe von 18€ pro Person von Ihrem Konto zu veranlassen, werden wir Ihnen das schriftliche SEPA-Mandat aus rechtlichen Gründen separat zukommen lassen

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Worffeller Kerwegesellschaft e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Ruwerstr. 8

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
64572 Büttelborn

Land / Country:  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 6 8 W K G 0 0 0 0 1 5 5 5 1 1 0

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe 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 authorize (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).

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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Worffelden

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: