



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zur Worfeller Kerwegesellschaft .

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Datum, Unterschrift: _____

Tel.: / Email: _____

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

Name, Unterschrift _____

Name, Unterschrift _____

Name, Unterschrift _____

Name, Unterschrift _____

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

Den Jahresbeitrag/Beiträge gemäß Beitragsordnung der Worfeller Kerwegesellschaft kann nur per Lastschrift entrichtet werden. Bitte füllen Sie hierzu das beiliegende Sepamandat aus und schicken Sie es an die Vereinsadresse.

Worfeller Kerwegesellschaft e.V.

T.Hotz

Wilhelm-Hammann-Str. 41

64572 Büttelborn

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

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

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Wilhelm-Hammann-Str. 41

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
64572 Birtelborn

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier:
DE68WKG00001555110

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 authorise (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 freigesetzt / 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:

Worfelden

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

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

manuell