

## Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

### Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich ab \_\_\_\_\_

meine Aufnahme in den Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	
Beruf	Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Telefon	e-Mail	

**Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis von der Satzung und der Beitragsordnung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung und erkenne diese ausdrücklich an.**

Ich möchte helfen, Verwaltungsaufwand zu sparen und gebe die Ermächtigung zur Beitragserhebung durch das SEPA-Lastschriftmandat (siehe Seite 2)

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personengebundenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

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

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger  
<->  
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Bibliotheksförderverein Salzwedel e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Ritzer Dorfstr. 7a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
29410 Salzwedel

Land / Country:  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:  
DE 87 ZZZ 00000 746661

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

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

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

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

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

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

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.  
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

manuell

114902.000.00 (Fassung Aug. 2010) - (V1)  
Deutscher Sparkassenring  
Umsatzsteuerlich geschätzt