

Freundeskreis Apothekergarten Wiesbaden e.V.
 Rudolfstr. 15, 65197 Wiesbaden
 Tel. 0611 424622

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den „Freundeskreis Apothekergarten Wiesbaden e.V.“
 zum als ordentliches / als förderndes Mitglied

Name	
Vorname	
Titel	
Geburtsname	
Geburtstag	
Firma	
Firmenadresse (Straße) (PLZ) (Ort)	
Telefon (beruflich)	
Telefax (beruflich)	
E-Mail-Adresse (beruflich)	
Privatadresse (Straße) (PLZ) (Ort)	
Telefon (privat)	
Telefax (privat)	
Handy (privat)	
E-Mail-Adresse (privat)	

.....
 (Ort / Datum)

.....
 (Unterschrift)

Freundeskreis Apothekergarten Wiesbaden e.V.

Rudolfstr. 15, 65197 Wiesbaden

Tel. 0611 424622

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Freundeskreis Apothekergarten Wiesbaden e.V.
Rudolfstraße 15
65197 Wiesbaden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000833073

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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.

Der Jahresbeitrag wird jeweils am 20. Februar (bzw. auf den darauffolgenden Bankarbeitstag) eingezogen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Jahresbeitrag)

Zahlungspflichtiger: Name, Vorname: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

BIC (Bank Identifier Code):

IBAN (International Bank Account Number):

Ort:

Datum:

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber):**

Wird vom Verein ausgefüllt:

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)

Erfasst:

Bestätigung an Mitglied: