

B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G

An den
Gewerbeverband Waldbreitbach e.V.
Herrn Klaus Peter Paffhausen
Waldbreitbacher Straße 26
56588 Waldbreitbach-Over

**Hiermit erkläre ich (wir) den Beitritt in den Gewerbeverband
Waldbreitbach e.V.**

Firma	<input type="text"/>
Inhaber	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Homepage	<input type="text"/>
Mitglied ab	<input type="text"/>

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit 120,00€ und wird in 2 Raten
am 01.04. und 01.07. eines jeden Jahres durch SEPA Lastschrift von
meinem Konto eingezogen.**

**Bitte füllen Sie das Formular SEPA-Firmenlastschrift-Mandat auf
Seite 2 mit aus.**

Ort / Datum / Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
Country:

Land /

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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
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: