



Wir für Herscheid e.V.
Jahnstrasse 91, 58849 Herscheid

Mitgliedsantrag „Wir für Herscheid e.V.“

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein „Wir für Herscheid e.V.“.

Mitglied:

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Homepage: www. _____

Ansprechpartner (bei Firmen) _____

Mitgliedsbeiträge:

Mitglieder	Mindestbeitrag/ Jahr	Mein Beitrag (bitte eintragen)
Förderer/Einzelperson	20,00 €	
Ferienwohnungen	35,00 €	
gemeinnütziger Verein	50,00 €	
Hotels (mehr als 3 Zimmer)	200,00 €	
Restaurant/Gaststätten/Cafes	100,00 €	
Banken/Sparkassen	250,00 €	
Versicherungen	50,00 €	
Einzelhandelsbetriebe	50,00 €	
Handwerksbetriebe	50,00 €	
Dienstleister/Freiberufler	50,00 €	
Gewerbebetrieb	100,00 €	
Gewerbebetrieb mit mehr als 10 Mitarbeitern	150,00 €	
Gewerbebetrieb mit mehr als 50 Mitarbeitern	250,00 €	
Gewerbebetrieb mit mehr als 100 Mitarbeitern	500,00 €	

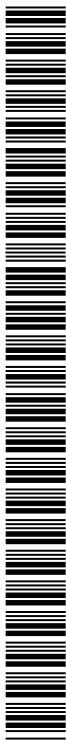
Beitragszahlung durch SEPA Lastschriftmandat jeweils zum 01.03. des Jahres
Gemäß rückseitigem komplett ausgefülltem Formular

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Mitgliedschaft einverstanden:

ja nein

Ort/Datum:

Unterschrift zum Mitgliedsantrag:



000000000100530702140

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Wir für Herscheid e.V.

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

Jahnstraße 91

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

58849 Herscheid

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE91ZZZ0000312126

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

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

* 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 creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Herscheid

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell