

*Heimat- und Volkstrachtenverein
„Rosentaler“ Painten e.V. – gegr. 1911*



Mitglied des Oberpfälzer Gauverbandes e.V. der Heimat- und Trachtenvereine, Sitz Regensburg, gegr. 1993

1 Vorstand

Georg Dirigl
Streithäusl 1
93351 Painten
Telefon-Nummer: 09499/460

Aufnahmeformular

Hiermit trete ich dem Heimat- und Volkstrachtenverein „Rosentaler“ Painten e. V. als Mitglied bei.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis, dass Fotos meiner Person auf der Internet-Seite des Heimat- und Volkstrachtenvereins „Rosentaler“ Painten e. V. veröffentlicht werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, die im Rahmen der Vereinstätigkeit verarbeitet werden, weitergegeben werden dürfen.

Aufnahmetag/Eintrittsdatum: _____

Daten des Mitglieds:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Der Jahresbeitrag wird immer zum 01.03. fällig. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so gilt der nächste Arbeitstag als Fälligkeitstag. **Damit der Jahresbeitrag abgebucht werden kann, muss das beiliegende Basismandat ausgefüllt werden.**

Erfolgt der Eintritt nach dem 01.03., so wird der Beitrag immer zum nächsten Monatsersten belastet.

Kündigungen erfolgen immer zum 31.12.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bankverbindung: Kreissparkasse Kelheim, IBAN: DE86 7505 1565 0010 6883 80; BIC: BYLADEM1KEH
Raiffeisenbank Hemau; IBAN: DE84 7506 9061 0000 2041 53; BIC: GENODEF1HEM

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Heimat-und Volkstrachtenverein Rosentaler Painten e.V.,gegründet 1911

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

Streithäusl 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

93351 Painten

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE81ZZZ00000024701

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****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.