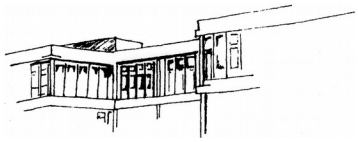

Ehemaligenverein des Gymnasiums Glinde e.V.

Beitrittserklärung

Vorname: _____ **Name**: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Abiturjahrgang: _____ Beruf: _____

Anschrift:

Straße / Hausnr.: _____

Land (D, A, USA, …): _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Mobiltel.: _____

Email: _____

Heimatanschrift (z.B. weiterhin gültige Anschrift der Eltern)

Straße / Hausnr.: _____

Land: D PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur oben genannten Vereinigung.

_____ _____ _____

Ort Datum Unterschrift

Den Jahresbeitrag in Höhe von 8,00 € möchte ich wie folgt bezahlen (bitte ankreuzen)

☐ **Ich zahle bar beim Fest oder per Überweisung auf folgendes Konto:**
Konto: Ehemaligenverein Glinde
IBAN: DE39 2006 9177 0000 8005 97, BIC: GENODEF1GRS

☐ **Ich erteile den SEPA-Lastschrifteinzug und habe dazu das SEPA-Formular auf der Rückseite (bzw. zweites Blatt) ausgefüllt.**

Der Mitgliedsbeitrag ist spätestens bis zum Fest zu entrichten.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ehemaligenverein des Gym.Glinde
Oher Weg 24 | 21509 Glinde | Deutschland

D	E	6	9	Z	Z	Z	0	0	0	0	1	4	3	9	1	7	7

Gläubiger-Identifikationsnummer / credit identifier

[X] Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung / type of payment: recurrent payment

[ ] Zahlungsart: Einmalige Zahlung / type of payment: one-off payment

Ehemaligenverein des Gym.Glinde
Oher Weg 24
21509 Glinde
Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz – Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference – to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Ehemaligenverein des Gym.Glinde, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Ehemaligenverein des Gym.Glinde 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, I (we) authorise the creditor Ehemaligenverein des Gym.Glinde to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account an my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Ehemaligenverein des Gym.Glinde.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location | **Datum / date** | **Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor**

Informationen zu SEPA-Mandaten: www.sepa-mandat.de / informations about sepa-mandate: www.sepa-mandat.de

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Ehemaligenverein des Gym.Glinde, 21509 Glinde