



THW Helfervereinigung Stadthagen

Vereinigung der Helfer und Förderer
des Technischen Hilfswerks Stadthagen e.V.

Am Sonnenbrink 22 · 31655 Stadthagen · E-Mail: helfervereinigung@thw-stadthagen.de

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die „Vereinigung der Helfer und Förderer“
des Technischen Hilfswerks Stadthagen e.V. (THW Helfervereinigung Stadthagen) als:

aktives Mitglied Jugendmitglied

Fördermitglied

Der Jahresbeitrag beträgt 25 € (Mindestbeitrag). Zudem zahle ich zusätzlich _____ € als freiwilligen Beitrag.

Von der Satzung der Helfervereinigung habe ich Kenntnis bekommen

ANGABEN FÜR DIE MITGLIEDERKARTEI*

(Diese Angaben werden gemäß DSGVO vertraulich behandelt.)

Anrede: Frau Herr Firma

Vorname: _____

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Bankverbindung: » **Bitte auf der Rückseite ausfüllen!** «

Ort, Datum

Unterschrift

* Änderungen der Anschrift, E-Mail oder Kontoverbindung zur Vermeidung von Briefrückläufern und Lastschrift-Rückbuchungen
bitte zeitnah melden!

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

THW Helfervereinigung Stadthagen e.V

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

Am Sonnenbrink 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

31655 Stadthagen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 8 4 Z Z Z 0 0 0 0 1 0 0 6 2 8 7

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