Freundeskreis Historisches Homberg e.V.

Augustastr. 48
im Kultur- und Freizeitzentrum
47198 Duisburg-Homberg

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Mobiltelefon (privat)	E-Mail (privat)

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag in Höhe von € _____ (mindestens € 15,00) zu zahlen.

☐ Der Jahresbeitrag wird gemäß auf der Rückseite beiliegender Einzugsermächtigung von meinem Konto abgebucht.

☐ Ich werde den Betrag jeweils ***bis spätestens zum 15.03.*** ohne Aufforderung auf das Konto des Freundeskreises Historisches Homberg e.V. überweisen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum Freundeskreis Historisches Homberg e.V..

Ort, Datum	Unterschrift

Einzugsermächtigung siehe Rückseite

Vorstand:
Daniel Kontermann, Erster Vorsitzender
Wolfgang Holland, stell. Vorsitzender

Sitz des Registergerichts:
Amtsgericht Duisburg 8VR2542

Hausanschrift:
Augustastraße 48
47198 Duisburg

Telefon (Vorsitzender)
01511/5553792
Telefon (stell. Vorsitzender)
01577/6479465
Internet:
www.historisches-homberg.de

Bank:
Sparkasse Duisburg
BLZ: 350 500 00, KTO: 260 008 008
IBAN: DE52 3505 0000 0260 0080 08
BIC: DUISDE33XXX
St. Nr. 134/5746/0705

Freundeskreis Historisches Homberg e. V., Augustastraße 48, 47198 Duisburg

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:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 4 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 2 9 6 1 1 9

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. 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:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

0123456789012345678901

.001 D0 (Fassung Nov. 2013) - v1.5
cher Sparkassenverlag