

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als aktives Mitglied im Volkschor Köppern 1861 e. V.  
zum \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, Haus-Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum\*:** \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angabe

Der Monatsbeitrag beträgt 15,00 Euro. Gewünschte Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

jährlich: 180,00 Euro

halbjährlich: 90,00 Euro.

Für die Teilnahme am Lastschriftverfahren bitte das Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen.

Die Abbuchung erfolgt bei jährlicher Zahlungsweise am 28. Februar, bei halbjährlicher Zahlungsweise am 28. Februar und am 31. August des jeweiligen Jahres.

Eine Kopie der Anmeldung wird zusammen mit der Satzung per E-Mail verschickt. Mit der Versendung erfolgt die Aufnahme in den Verein.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_



# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Volkschor Köppern e.V

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Römerstraße 34

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

61381 Friedrichsdorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE10COR00000844174

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 der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

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

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