Kirmesgesellschaft ST. MAXIMINUS
Koblenz-Horchheim e. V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in die Horchheimer Kirmesgesellschaft St. Maximinus e. V. Koblenz- Horchheim. Der Jahresbeitrag für das **1. Familienmitglied** beträgt **8,-€,** für **jedes weitere Familienmitglied** werden **5,-€** erhoben. Jugendliche bis zu 15 Jahre sind beitragsfrei, aber anmeldepflichtig. Jugendliche bis zum vollenden des 17. Lebensjahr zahlen im Familienbeitrag 5,-€ im Jahr. Bei eigenem Hausstand ist ab **dem 18. Lebensjahr der volle Beitrag von 8,-€ zu entrichten.**

Name: _____

Vorname: _____

Straße/ Haus- Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E- Mail Adresse: _____

Weitere Familienmitglieder:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E- Mail Adresse: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E- Mail Adresse: _____

Bankeinzugsermächtigung

Siehe Rückseite

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Kirmesgesellschaft St. Maximinus Koblenz- Horchheim e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:
Haukertsweg 30

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
56076 Koblenz

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE84ZZZ00000829262

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
Beitrag Kirmesgesellschaft Horchheim

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:

114 902.001 D0 (Fassung Mai 2013) - v1.3
© Deutscher Sparkassenverlag