

Wir Ebersdorfer



Beitrittserklärung

Name, Anschrift, Kontonummer/IBAN
Name _____
Anschrift _____
Kontonummer / IBAN _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag gem. Satzung per Lastschrift von o.g. Konto eingezogen wird. Der Beitrag beträgt z.Zt. 60,- €/Jahr und wird jeweils zum 31.01. des Jahres fällig.

(Ort, Datum und Unterschrift)

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

(SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren/for SEPA B2B Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use

Nr./No.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wir Ebersdorfer
Feldstr. 7
96237 Ebersdorf

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE84ZZZ00002577687

Mandatsreferenz

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Wir Ebersdorfer**,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Wir Ebersdorfer

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

(SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren/for SEPA B2B Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use

Nr./No.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wir Ebersdorfer
Feldstr. 7
96237 Ebersdorf

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE84ZZZ00002577687

Mandatsreferenz

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Wir Ebersdorfer**,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Wir Ebersdorfer

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

(SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate)

für SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren/for SEPA B2B Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use

Nr./No.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wir Ebersdorfer
Feldstr. 7
96237 Ebersdorf

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE84ZZZ00002577687

Mandatsreferenz

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

[Name des Zahlungsempfängers]

Ich/Wir ermächtige(n) **Wir Ebersdorfer**,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Wir Ebersdorfer

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin/Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrags zu verlangen. Ich bin/Wir sind berechtigt, mein/unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.