



„Licht am Horizont e. V.“ - Für die Kinder von Wismar

Mitgliedschaftsantrag

Firma: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E - Mail _____

Mit der Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und werde meine Mitgliedschaft im Sinne dieser Satzung gestalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt für:

Firmen, juristische Personen:	200,00 Euro
Natürliche Personen und Familien:	60,00 Euro
Schüler, Studenten, Auszubildende, Rentner, Arbeitslose:	30,00 Euro

Bitte überweisen Sie den jeweiligen Betrag auf das Vereinskonto:

Empfänger: Licht am Horizont e.V. - Für die Kinder von Wismar
Bank: Volks- und Raiffeisenbank eG
IBAN: DE 28 1406130800 04001591
BIC: GENODEF1GUE

Um dem Vorstand die Arbeit zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, dem Verein eine Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschriftmandat für die anfallenden Mitgliedsbeiträge zu erteilen. Die Beiträge werden jeweils im 1. Quartal des Jahres abgerufen.

Senden Sie diesen Mitgliedsantrag bitte an:

Licht am Horizont e.V.
1. Vorsitzender Norbert Gelhart
Breite Str. 5
23966 Wismar

Tel.: 03841 / 259233
Mobil: 0160 / 93726829
Web: www.lichtamhorizont.de
Email: info@lichtamhorizont.de

Die persönlichen Daten werden streng vertraulich und nur für interne Zwecke verwendet.

Amtsgericht Schwerin VR 3343



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Licht am Horizont eingetragener Verein

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

Breite Str. 5

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

23966 Wismar

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

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:**

manuell