

Kinderpark Nürnberg-Eibach e.V.

Pappenheimer Straße 29, 90451 Nürnberg
http://www.kinderpark-eibach.de



kinderpark
eibach

Hier geht's Euch gut.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein „Kinderpark Nürnberg-Eibach e.V.“

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Beitragsbemessung

Jahresbeitrag (Standard) Euro ***24,00

Jahresbeitrag (Individuell) Euro _____,____

Die Mitgliedschaft läuft jeweils vom 1. September eines Jahres bis zum 31. August des Folgejahres. Das entspricht dem Geschäftsjahr des Vereins. Kündigung zum Ende des Geschäftsjahres ist schriftlich möglich bis 31. Mai eines Jahres.

Gewünschtes Zahlungsverfahren

Der Jahresbeitrag kann von meinem Konto (s.u.) eingezogen werden.

(Bitte das Formular zur Erteilung eines SEPA-Mandats auf der Rückseite ausfüllen.)

Den Jahresbeitrag werde ich jeweils bis Ende Dezember des lfd. Jahres auf das folgende Konto überweisen: **Sparkasse Nürnberg, IBAN: DE53 7605 0101 0011 6983 47, BIC: SSKNDE77XXX**

Datum und Unterschrift

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Kinderpark Nürnberg-Eibach e.V.

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

Pappenheimer Straße 29

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

90451 Nürnberg

Land / Country:

Deutschland/Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE06ZZZ00000581473

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

KIPA-VEREIN-

[Mitgliedsnummer wird noch ergänzt]

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****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):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.