

Carneval Verein Hörstel e. V.
Bahnhofstr. 53
48477 Hörstel
Email: mail@c-v-h.de



www.facebook.com/CVHHoerstel



Beitrittserklärung für eine Mitgliedschaft beim Carnivals Verein Hörstel 1999 e. V.

(abzugeben beim Vorstand sowie jedem Vereinsmitglied des CVH)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.- Dat.: ____ . ____ . ____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Email: _____

(Angabe der Email nicht für Werbezwecke, sondern für vereinsinterne Informationen und Veranstaltungstermine; Pflichtangabe!)

Tel.- Nr.: _____

Hierdurch erkläre ich meinen Beitritt zum Carneval Verein Hörstel 1999 e. V.

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 15,00 EUR für eine Einzelmitgliedschaft bzw. 25,00 EUR für eine Partner-/Ehegattenmitgliedschaft und wird am 1.2. jeden Jahres durch SEPA-Lastschrift gemäß rückseitigem SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto abgebucht. Die erste Abbuchung erfolgt dagegen unverzüglich nach Abgabe der Beitrittserklärung.

Hörstel, den _____ Unterschrift: _____

Der Austritt aus dem Verein kann jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber einem Mitglied des Vorstandes mitgeteilt werden. Eine Rückstattung des Beitrags für das laufende Jahr erfolgt nicht.

Bei Wohnungswechsel oder Adressänderung bitte kurze schriftliche Mitteilung an den Kassierer des Vereins.

Fragen & Anregungen?

1. Vorsitzender: Björn Rahe

Tel.-Nr. 017610197518



www.c-v-h.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

"CVH" Carneval Verein Hörstel e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Bahnhofstr. 53

Postleitzahl und Ort:

48477 Hörstel

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE61ZZZ00000880310

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.