

BEITRITTS ERKLÄRUNG



MITGLIEDSCHAFT EINZELPERSON (MIT BIENENHALTUNG)

Hiermit beantrage ich,

VORNAME / NAME

GEBURTSDATUM

STRASSE / PLZ / ORT

TELEFON

E-MAIL

**die Aufnahme in den
Bezirksimkerverein Waiblingen und Umgebung e.V.**

Eine Kopie der Satzung habe ich erhalten.

Mit der Veröffentlichung meiner Anschrift, der Telefonnummer und E-Mail Adresse innerhalb des Vereins zur Förderung der Kommunikation der Mitglieder untereinander bin ich einverstanden.

Anzahl meiner Bienenvölker: _____

**RÜCKSENDUNG
BITTE AN:**

Bezirksimkerverein
Waiblingen und Umgebung e.V.
Holzmarkt 1
71634 Ludwigsburg

Eine Änderung der Völkerzahl werde ich jeweils bis Ende eines jeden Jahres dem Rechner des Vereins mitteilen.

Durch meine Mitgliedschaft im Bezirksimkerverein Waiblingen und Umgebung e.V. habe ich auch Beiträge für den Landesverband Württembergischer Imker e.V., den Deutschen Imkerbund e.V. sowie die Prämien für die Gruppenversicherungen des Verbandes zu tragen.

Mir ist bekannt, dass eine Bezahlung meines Mitgliedsbeitrages ausschließlich mittels Lastschriftinzug (SEPA-Basismandat) möglich ist.

DATUM

UNTERSCHRIFT

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Bezirksimkerverein Waiblingen und Umgebung e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Holzmarkt 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

71634 Ludwigsburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE57ZZZ00000297121

Kontonummer:

1000983810

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

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.

