

Tierschutzverein Datteln e. V.

Industriestr. 26 45711 Datteln ☎ 02363-8079629

E-Mail: tsv@tierschutzverein-datteln.de

Homepage: www.tierschutzverein-datteln.de



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Tierschutzverein Datteln e. V.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 15,00 € jährlich. Der Jahresbeitrag für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren beträgt mindestens 5,00 €.

Mein gewünschter Jahresbeitrag beträgt: _____ EUR.

Ich zahle den Mitgliedsbeitrag:

per Lastschrift (bitte beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) bar

Ich wünsche eine Zuwendungsbestätigung (falls gewünscht bitte ankreuzen)

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich, mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende, zu erklären (§ 3 der Vereinsatzung, die Sie auf unserer Internetseite finden).

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung:

Sparkasse Vest Recklinghausen IBAN DE 86 4265 0150 0002 2921 67

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Tierschutzverein Datteln e.V.

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

Industriestr. 26

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

45711 Datteln

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE3422200001822181

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:**