

Freundeskreis Historisches Homberg e.V.

Augustastr. 48
im Kultur- und Freizeitzentrum
47198 Duisburg-Homberg



Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

PLZ, Ort

Straße, Nr.

Telefon (privat)

Telefon (dienstlich)

Mobiltelefon (privat)

E-Mail (privat)

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag in Höhe von € _____ (mindestens € 15,00) zu zahlen.

Der Jahresbeitrag wird gemäß auf der Rückseite beiliegender Einzugsermächtigung von meinem Konto abgebucht. Für das Anmeldejahr bin ich bereit anteilig € _____ zu zahlen.

Ich werde den Betrag jeweils **bis spätestens zum 15.02.** ohne Aufforderung auf das Konto des Freundeskreises Historisches Homberg e.V. überweisen. Für das Anmeldejahr bin ich bereit anteilig € _____ zu überweisen. **(Fälligkeit sofort)**

Durch meine Unterschrift erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum Freundeskreis Historisches Homberg e.V..

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung siehe Rückseite

Mitgliedsantrag Stand Juli 2013

Seite 1 von 2

Vorstand:
Udo Vohl, Vorsitzender
Dirk Lachmann, stell. Vorsitzender

Hausanschrift:
Augustastr. 48
47198 Duisburg

Telefon (Vorsitzender)
+49 2066 / 41 86 56
Telefon (stell. Vorsitzender)
+49 2066 / 12 97 0
Internet:
www.historisches-homberg.de

Bank:
Sparkasse Duisburg
BLZ: 350 500 00, KTO: 260 008 008
IBAN: DE52 3505 0000 0260 0080 08
BIC: DUISDE33XXX
St. Nr. 134/5746/0705

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Freundeskreis Historisches Homberg e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Viktoriastr. 21

Postleitzahl und Ort:

47198 Duisburg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE48ZZZ00000296119

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

FHH

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):**