Antrag auf Mitgliedschaft im Verein

"Stadtmarketing Stadtallendorf e. V."

(Bei Rückfragen: Telefon 06428 / 707-345; Telefax: 06428 / 707-400; E-Mail: stadtmarketing@stadtallendorf.de

An den Verein **Stadtmarketing Stadtallendorf e. V.** Geschäftsstelle c/o Magistrat der Stadt Stadtallendorf z.H. Frau Diho Bahnhofstraße 2 35260 Stadtallendorf

Antrag auf Mitgliedschaft

Firma / Verein:				
Name:		Vorname:		
Anschrift: Straße:		PLZ, Ort:		
Telefon:		Telefax:		
E-Mail:				
Internet:				
0 0	antragen die Mitgliedschaft a natürliche Person Personenvereinigung (Ver Unternehmen			
0	große Unternehmen Gebietskörperschaft			
0	öffentliche Einrichtung			
im Verein "Stadtmarketing Stadtallendorf e. V."				
		nden, dass meine / unsere Kontaktdaten maschinellenutzt und ggf. an Dritte weitergegeben werden.		
Ort, Datum		Unterschrift		

Der Austritt aus dem Verein ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären.



SEPA-Lastschriftmandat			
SEPA Direct Debit	Mandate		

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Stadtmarketing Stadtallendorf e.V.				
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address				
Straße und Hausnummer / Street name and number:				
Bahnhofstraße 2	Land / Country:			
Postleitzahl und Ort / Postał code and city: 35260 Stadtallendorf	Deutschland			
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:				
D, E 3 2 z z z z 0 0 0 0 2 · 2 2 4 2 8 2				
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate referenc	e (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 authorize (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*				
Angabe freigestellt / Optional information Straße und Hausnummer / Street name and number:				
of the trial straint of the control of the trial straint and straint of the control of the contr				
Postleitzahl und Ort / Postał code and city:	Land / Country:			
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):				
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):				
Himming Dis Associated to Old Long 17.	n dio IDAN doo Zohlunza-fiishtissa ay' DE hadad			
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIG				
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date(DO/MM/YYYY):			
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:				