

Bürgerbusverein Breisach e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen/erklären wir unseren Beitritt zum Bürgerbusverein Breisach e.V. Mit der Speicherung der Daten für Vereinszwecke erkläre ich mich/erklären wir uns zu den mir/uns bekannten Bedingungen lt. Satzung (kann angefordert werden) einverstanden.

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
e-mail:	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Jahresbeitrag: 20,- Euro

Familienbeitrag: 25,- Euro (bitte Namen aller Mitglieder eintragen)

zusätzlicher freiwilliger Förderbeitrag: Euro

Die Vereinsmitgliedschaft für ehrenamtliche Fahrer ist beitragsfrei.

Ich entrichte meinen Mitgliedsbeitrag/Förderbeitrag wie folgt (bitte ankreuzen):

- Überweisung/Dauerauftrag
- per Lastschrift *)

*) Bitte hierzu das Formblatt „SEPA-Lastschriftmandat“ auf der Rückseite ausfüllen; die dort geforderte Mandatsreferenz setzt sich aus Ihrer Mitgliedsnummer und dem Jahr Ihres Eintrittes in den Bürgerbusverein zusammen und wird durch uns nachgetragen. Falls Sie ihre IBAN und BIC nicht kennen, tragen Sie bitte Ihre Kontonummer und Bankleitzahl (oder Bankbezeichnung) ein.

Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand. Die Ablehnung des Antrages bedarf keiner Begründung (lt. Satzung § 3 Abs. 2).

**Bürgerbusverein Breisach e.V., Geschäftsstelle Münsterplatz 1, 79206 Breisach am Rhein
Bankverbindung: Konto 1189232, BLZ 680 523 28, Sparkasse Staufen-Breisach**

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Bürgerbusverein Breisach e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer/Street name and number:

Geschäftsstelle: Münsterplatz 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: Land / Country:

79206 Breisach am Rhein

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE11BBB00000159530

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempfänger von 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 "automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben" 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 "automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben".

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 / 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 / Signature(s) of the debtor: