Ja, ich werde Mitglied im Gewerbeverein Schallstadt-Ebringen-Pfaffenweiler e.V.

DER GEWERBE VEREIN

SCHALLSTADT • EBRINGEN • PFAFFENWEILER

BEITRITTSERKLÄRUNG

Firmenname: _____

Branche: ☐ Dienstleistung ☐ Handwerk ☐ Gastronomie
☐ Freie Berufe ☐ Handel ☐ Weitere
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Beruf: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Geschäft: _____

Fax: _____

Telefon Privat: _____

Mobilnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Webadresse: _____

Bitte separates SEPA-Lastschriftmandat (nächste Seite) für den Beitragseinzug ausfüllen!

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Gewerbeverein Schallstadt - Ebringen - Pfeffenweiler e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number: Gewerbestraße 32, 79227 Schallstadt

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 79227 **Land / Country:** Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE94ZZ00000448842

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **"automatisierter Name Zahlungsempf. 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 Zahlungsempf. 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 Zahlungsempf. 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 Zahlungsempf. 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:

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.

114 902.000 KI (Fassung Juni 20
Deutscher Sparkassenverlag
Urheberrechtlich geschützt