

Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.

Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.
Dieter Bauernschmitt (1. Vorsitzender)
Anstaltsgäßchen 11
97437 Haßfurt
Telefon: 09521-8788
Fax: 09521-610607
E-Mail: foerderverein.fchassfurt@gmx.de
Bank: Sparkasse Ostunterfranken
IBAN: DE43 7935 1730 0009 1071 52
BIC: BYLADEM1HAS

Aufnahmeantrag für den Förderverein 1. FC Haßfurt e. V

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum Förderverein 1. FC Haßfurt e. V. ab _____

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ / Ort
Telefon / Handy	Email	

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkenne ich die Satzung des Fördervereins 1. FC Haßfurt e. V. an. Für die Höhe der jährlichen Mitgliederbeiträge ist die jeweils gültige Beitragsordnung maßgebend, die von der Mitgliederversammlung beschlossen wird.

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag beträgt 12,00 € jährlich!

Darüber hinaus erkläre ich mich bereit, dem Förderverein eine Spende zukommen zu lassen:

- monatlich in Höhe von _____ Euro
 vierteljährlich in Höhe von _____ Euro
 jährlich in Höhe von _____ Euro
 Einmalzahlung in Höhe von _____ Euro

Ausstellung einer Spendenbescheinigung: ja nein

Zahlung des Beitrags, bzw. der Spende:

- per SEPA-Lastschriftmandat (siehe Anhang)
 per Rechnung

Haßfurt -

Ort und Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Anstaltsgäßchen 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

97437 Haßfurt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 9 4 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 3 3 4 9 5

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*

* Angabe freigestellt / Optional information

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):

D E _____

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Haßfurt

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: