

Aufnahmeantrag

Bitte zurücksenden an:

LandFrauenverein Wilstedt
Annette Schwier
Ginsterweg 7
27412 Wilstedt

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in den LandFrauenverein Wilstedt.

Der Eintritt bedarf der Bestätigung durch den Vorstand. Eine Nachricht erfolgt.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ: Wohnort:

Straße und Hausnummer:

Telefon: Fax:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse

Rundbrief als

Landwirtschaftlicher Betrieb Ja Nein

Mail

Beruf

Umlaufmappe der Ortsvertrauensfrau

Junge LandFrauen Ja Nein

Junge LandFrauen WhatsApp- Gruppe Ja Nein

Datum

Unterschrift

Mit der Teilnahme an den Veranstaltungen des Wilstedter LandFrauenvereins erklären Sie sich damit einverstanden, dass gemäß Paragraph 23 des Kunsturhebergesetzes Bild- und Filmaufnahmen Ihrer Person erstellt und im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden.

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt € 25,00. Die Einzugsermächtigung und das SEPA-Lastschriftmandat erteilen Sie dem LandFrauenverein Wilstedt bitte, in dem Sie den beigefügten Vordruck ausfüllen und zusammen mit dem Aufnahmeantrag an unsere Kassenführerin Annette Schwier, Ginsterweg 7, 27412 Wilstedt schicken.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:	LandFrauenverein Wilstedt
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Ginsterweg 7, 27412 Wilstedt
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE37ZZZ00000914789
Mandatsreferenz	wird vom LFV Wilstedt vergeben

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):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

DE

Ort:

, den

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen Kontoinhaber:
