

## Aufnahmeantrag

Bitte zurücksenden an:

LandFrauenverein Wilstedt  
Bärbel Schulz  
Am alten Sportplatz 10  
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

PLZ und Wohnort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Beruf

Landwirtschaftlicher  
Betrieb

☐ ja

☐ nein

E-Mail-  
Adresse

Telefon

Mobil

Rundbrief als

☐ Mail

☐ Umlaufmappe der  
Ortsvertrauensfrau

WhatsApp-Gruppe

☐ ja

☐ nein

Junge LandFrauen

☐ ja

☐ nein

Datum

Unterschrift

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

Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt **€ 30,00**. Die Einzugsermächtigung und das SEPA-Lastschriftmandat erteilen Sie dem LandFrauenverein Wilstedt bitte, indem Sie den beigefügten Vordruck ausfüllen und zusammen mit dem Aufnahmeantrag an unsere Kassenführerin Bärbel Schulz, Am alten Sportplatz 10, 27412 Wilstedt schicken.

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers	LandFrauenverein Wilstedt
Anschrift des Zahlungsempfängers	Königstr. 12, 27412 Bülstedt
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

IBAN des **Kontoinhabers** (max. 22 Stellen)

Name des **Kontoinhabers**

Ort, Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**