

An den  
Heimat-, Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e.V.  
Klaus Oppermann (Vorsitzender)  
Koppelweg 16  
37589 Kalefeld

E-Mail: [info@heimatverein-kalefeld.com](mailto:info@heimatverein-kalefeld.com)

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Heimat-, Geschichts- und Kulturverein Kalefeld" e.V. Von den Bestimmungen der mir ausgehändigten Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne diese an. Ich verpflichte mich, den jährlichen Beitrag von zurzeit € 36,- (Ehepartner € 18,-) satzungsgemäß zu entrichten.

Vor- und Zuname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Straße und Hausnummer:	_____		
PLZ und Wohnort:	_____		
Telefon:	_____		
E-Mail:	_____		

## Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Jahresbeitrag jährlich von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN	_____
Bank	_____
BIC	_____

Diese Ermächtigung erlischt durch schriftlichen Widerruf oder nach erfolgter schriftlicher Austrittserklärung aus dem Verein.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers/Creditor name:**

Heimat-, Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers/Creditor address****Straße und Hausnummer/Street name and number:**

Grabenstraße 10

**Postleitzahl und Ort/Postal code and city**

37589 Kalefeld

**Land/ Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer/ Creditor identifier:**

DE83ZZZ00000877004

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Heimat- Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e. V.**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Heimat- Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e. V. 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 **Heimat- Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e. V.** 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 Heimat- Geschichts- und Kulturverein Kalefeld e. V..

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:**

(X) Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ( ) Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/ Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/ Debtor address****Straße und Hausnummer/Street name and number:****Postleitzahl und Ort/ Postal code and city:****Land/ Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen)/ IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen)/ BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:**

Kalefeld

**Datum (TT/MM/JJJJ)/ Date (PD/MMNYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/Signature(s) of the debtor:**