



Aufnahmeantrag / Änderungsantrag

- Hiermit erkläre ich / erklären wir, meinen / unseren Beitritt in den Gewerbeverein Oppau-Edigheim e.V.
- Änderung der Daten

Firma: _____

Inhaber(in): _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Fax.: _____

Geb.-Datum: _____

Email: _____

Internet: _____

- Ich bin damit einverstanden / Wir sind damit einverstanden, dass ich / wir in Zukunft per Email informiert werde/n.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich / wir den Gewerbeverein Oppau-Edigheim e.V. zum Einzug des Mitgliedsbeitrages von jährlich 70,00€ per Lastschriftverfahren.

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die dadurch entstehenden Mehrkosten trägt das unterzeichnende Mitglied.

(Datum, Unterschrift, ggf. Firmenstempel)

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit dem beigefügten SEPA-Lastschriftmandat, ebenfalls ausgefüllt und unterschrieben, an oben genannte Post-/E-Mail-Adresse.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Gewerbeverein Oppau-Edigheim e.V.

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

Edigheimer Str. 34-36

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

67069 Ludwigshafen am Rhein

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE59ZZZ00000902171

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Gewerbeverein Oppau-Edigheim e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Gewerbeverein Oppau-Edigheim 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 **Gewerbeverein Oppau-Edigheim 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 **Gewerbeverein Oppau-Edigheim 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: Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment 1 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):****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:

Ludwigshafen am Rhein

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