VERBAND EHEMALIGER DRESDEN-PILLNITZER E.V.

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Verband ehemaliger Dresden-Pillnitzer e.V.

Nachname: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ ggf. Geburtsname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobilfunk: _____

E-Mail: _____

bitte auswählen

☐ Meister ☐ Techniker ☐ Wirtschafter ☐ Dipl.-Ing.(FH) ☐ B.Sc. ☐ M.Sc. ☐ Sonstiges

Klasse / Abschlußjahrgang: _____ Fach-/Studienrichtung: _____

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass die in diesem Aufnahmeantrag erhobenen personenbezogenen Daten vom Verband zu verwaltungstechnischen Zwecken genutz werden können. Die Daten werden vom Verband weder an Dritte weitergegeben, noch zu Werbezwecken genutzt. Nach dem Austritt aus dem Verband werden die entsprechenden Daten gelöscht.

Um uns und Ihnen kostbare Zeit zu sparen möchten wir Sie bitten uns zu genehmigen den jährlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 18 Euro von Ihrem Konto abbuchen zu dürfen. Hierfür bitten wir Sie die beigefügte Genehmigung für ein Lastschriftverfahren auszufüllen. Dieser Vorgang kann jederzeit rückgängig gemacht werden.

Sollten Sie dem Lastschriftverfahren nicht zustimmen bitten wir Sie den Betrag selbstständig jährlich am 1. Juni auf unser unten angegebenes Konto zu überweisen. Am besten Sie richten dafür einen Dauerauftrag ein.

Vielen Dank!

Postanschrift:
Söbrigener Str. 3a
01326 Dresden-Pillnitz

Telefon: 0351-2612-8300
info@dresden-pillnitzer.de
www.dresden-pillnitzer.de

Bank: Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN: DE20 8505 0300 3120 1869 10
SWIFT-BIC: OSDDDE81XXX

VERBAND EHEMALIGER DRESDEN-PILLNITZER E.V.

SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Verband ehemaliger Dresden-Pillnitzer e.V.
Söbrigener Straße 3a, 01326 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 21ZZZ00000441426

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer wird vom Verband ausgefüllt)

_____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kontoverbindung des Kontoinhabers

IBAN: _____ (max. 35 Stellen)

SWIFT-BIC: _____ (8 oder 11 Stellen)

Name der Bank: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Postanschrift:
Söbrigener Str. 3a
01326 Dresden-Pillnitz

Telefon: 0351-2612-8300
info@dresden-pillnitzer.de
www.dresden-pillnitzer.de

Bank: Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN: DE20 8505 0300 3120 1869 10
SWIFT-BIC: OSDDDE81XXX