

Mitgliedsantrag der KLJB

Varensell

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Katholischen Landjugendbewegung Varensell.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____	Straße:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an und verpflichte mich zur Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrags von 20,00 Euro bei über 18-Jährigen und 15 Euro bei unter 18-Jährigen. Der Beitrag ist jeweils bis zum 01.11 des Jahres bar/per Überweisung an IBAN: DE 12 4785 0065 0014 5430 29 zu zahlen. Vorzugsweise besteht die Möglichkeit zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Datei anbei).

Weitere Informationen zum Umgang mit den Mitgliedsdaten und zum Datenschutz können auf unserer Homepage eingesehen werden: <https://kljb-paderborn.de/datenschutz-kurse-und-veranstaltungen/>

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der*des gesetzl. Vertreter*in)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate	
Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: KLJB im Erzbistum Paderborn e.V. Ortsgruppe Varesell	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Straße und Hausnummer / Street name and number: Rüschfeld 178	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 33397 Rietberg	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: D18ZZZ00002416885	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger KLJB im Erzbistum Paderborn e.V. Ortsgruppe Varesell, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger KLJB im Erzbistum Paderborn e.V. Ortsgruppe Varesell 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 KLJB im Erzbistum Paderborn e.V. Ortsgruppe Varesell 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 KLJB im Erzbistum Paderborn e.V. Ortsgruppe Varesell. 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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address* <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small>	
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): <small>Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist. Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.</small>	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY): 16.06.2021
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	

manuell