

**Bürgercorps e.V.**



von  
**1975**

**Klein Ilsede**

# Eintrittserklärung

**Ich erkläre meinen Eintritt in das am 20. Juni 1975 gegründete  
Bürgercorps e. V. Klein Ilsede**

Name\*, ggf. abweichender Geburtsname

Vorname \*

Geburtsdatum \*

Geburtsort

PLZ \*

Wohnort \*

Straße Hausnummer.\*

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Handy

Abteilung

\*Plichtfelder

**Der Jahresbeitrag für das laufende Jahr in Höhe von z.Zt. 10,50 € ist bei Abgabe dieses Formulars in bar zu entrichten. Der Stichtag ist der 30.6.**

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den Bürgercorps Klein Ilsede hiermit widerruflich,  
den nächsten Jahresbeitrag in Höhe von z.Zt. 10,50 €  
(Beitragsjahr 1.10. - 30.09.)  
frühestens zum jeweiligen Fälligkeitstag von meinem Konto einzuziehen

SEPA Lastschriftmandat im Anhang

Alle persönlichen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Mitgliederverwaltung gespeichert und können jederzeit eingesehen werden.

**Klein Ilsede, den .....**

.....  
Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Bürgercorps Klein Ilsede von 1975 e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Breite Straße 62

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
31241 Ilsede

Land / Country:  
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:  
DE75ZZZ00000372360

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Bürgercorps Klein Ilsede von 1975 e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Bürgercorps Klein Ilsede von 1975 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 **Bürgercorps Klein Ilsede von 1975 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 **Bürgercorps Klein Ilsede von 1975 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  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:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: