

Förderverein Tierpark Gotha e.V. – Töpfleber Weg 2 – 99867 Gotha

Postanschrift Vorstand: Georgenthaler Str. 9b, 99867 Gotha

Tel / Fax: 03621 / 70 77 31 (Tierpark) u. 03621/7396363 (Vorstand)

e-mail: foerderverein.tierpark.gotha@gmx.de

Beitrittsklärung

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Ich leiste einen Jahresbeitrag von €, mindestens den von der Mitgliederversammlung festgelegten Jahresmindestbeitrag (Normalbeitrag 25,- €; erm. Beitrag [Rentner, Jugendliche, Studenten, Arbeitslose] 13,- €).

Ich ermächtige den Förderverein widerruflich, den im 1. Quartal eines Jahres fälligen Mitgliedsbeitrag in der angegebenen Höhe zu Lasten meines Kontos einzuziehen und erteile die als Anlage beigelegte SEPA-Lastschrift.

Kontoinhaber

Konto-Nr.

BLZ

Kreditinstitut

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Förderverein Tierpark Gotha ist als gemeinnützig anerkannt.

VR AG Gotha Nr. 677

Geschäftsführender Vorstand:

Vorsitzende: Karin Flach – Stellvertreter: Roland Walther – Schatzmeisterin: Elisabeth Lehr-Bothhof

Bankverbindung: Kreissparkasse Gotha – IBAN: DE57 8205 2020 0750 0137 53 – BIC: HELADEF1GTH

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben". Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" 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 "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" 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 "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben".

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

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):

Ort / Location:

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

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