

Schnuppermitgliedschaft

! 2018 zum halben Jahresbeitrag !

Beitrittserklärung

Verein für Philatelie und Numismatik
„Niedersachsen“ Osnabrück
von 1928 e.V.



Homepage: www.vphn-os.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein, Jahresbeitrag 40,00 € ())
Familienmitgliedschaft.....zusätzlich 17,50 € ())

Name: Vorname:

Straße / Hausnr.:

PLZ / Wohnort:

Vorwahl. / Telefonnr.:

E-Mail:

Geburtsdatum: Eintrittsjahr

Mit dem Einzug des Jahresbeitrages bin ich einverstanden* / nicht einverstanden*.

*Nichtzutreffendes bitte streichen.

SEPA-Lastschriftverfahren bitte wenden, ausfüllen und unterschreiben.

PLZ, Ort Datum:

Eigenhändige Unterschrift

Datenschutzerklärung. Die Informationen aus der Beitrittserklärung unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutzgesetze und werden nur den Vereinssatzungen entsprechend verwendet. Die Daten werden gespeichert. Das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten liegt vor und kann bei Bedarf vom Mitglied angefordert werden. Die Vereinssatzung wird mit der Beitrittserklärung anerkannt.

Wilfried Damerow; Geschäftsstelle / 2. Vorsitzender

Telefon: 0541 443151

Meller Str. 249

49084 Osnabrück

E-Mail: wilfried.damerow@t-online.de

Bankverbindung: Verein für Philatelie und Numismatik Osnabrück

IBAN: DE46265501050000232066 BIC: NOLADE22XXX

Sparkasse Osnabrück; BLZ: 265 501 05; Konto-Nr.: 232 066;

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein für Philatelie und Numismatik "Niedersachsen" Osnabrück von 1928 e.V.

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

Bohnenkampstr. 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

49082 Osnabrück

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 4 6 Z Z Z 0 0 0 0 1 0 8 5 1 5 3

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

0 7 . 1 3 3 .

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

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:

Osnabrück

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