

Schnuppermitgliedschaft

! 2019 zum halben Jahresbeitrag !

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



Beitrittserklärung

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.:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Eintrittsjahr

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

*Nichtzutreffendes bitte streichen.

SEPA-Lastschriftverfahren bitte wenden, ausfüllen und unterschreiben.

Den Auszug aus der Vereinssatzung* und den Aufnahmeantrag erkenne ich an!

*§4 Absatz 2.: Der Austritt erfolgt durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand. Der Austritt kann nur zum Ende eines Geschäftsjahres (Kalenderjahr) erklärt werden, wobei eine Kündigungsfrist von drei Monaten, spätestens bis zum 30.09. des Jahres, einzuhalten ist! Die Vereinssatzung ist auf der Internetseite des Vereines: www.vphn-os.de > Vereinssatzung zu lesen.

PLZ, Ort.....Datum:

Eigenhändige Unterschrift

Wilfried Damerow; Geschäftsstelle / 2. Vorsitzender

Meller Str. 249
49084 Osnabrück

Telefon: 0541 443151

E-Mail: phila@wilfried-damerow.de

Bankverbindung: Verein für Philatelie und Numismatik Osnabrück
Vereinskonto: 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:**