

# Kirmesgesellschaft Malberg e.V.



Kirmesgesellschaft Malberg e.V., In den Weiden 6, 57629 Malberg  
[www.kirmesgesellschaft-malberg.de](http://www.kirmesgesellschaft-malberg.de)

Vorsitzender: Mathias Sayn  
In den Weiden 6, 57629 Malberg  
Mobil: +49 171 4146367  
E-Mail: [mathias.sayn@kirmesgesellschaft-malberg.de](mailto:mathias.sayn@kirmesgesellschaft-malberg.de)

Geschäftsführer: Niklas Schütz  
Mittelstraße 7, 57629 Malberg  
Mobil: +49 151 64500242  
E-Mail: [niklas.schuetz@kirmesgesellschaft-malberg.de](mailto:niklas.schuetz@kirmesgesellschaft-malberg.de)

---

## **Beitrittserklärung zur Kirmesgesellschaft Malberg e. V.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. / Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beginn der Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

Hiermit trete ich der

**Kirmesgesellschaft Malberg e. V., 57629 Malberg**

als Mitglied bei und verpflichte mich für den Zeitraum der Mitgliedschaft zur Zahlung des jährlichen Mitgliederbeitrages.

Falls keine andere Vereinbarung vorliegt, wird der Mitgliederbeitrag bei Fälligkeit per Einzugsermächtigung vom angegebenen Konto abgebucht. Einzugsermächtigung wird der Beitrittserklärung beigelegt.  
Ferner werden die Bestimmungen des Vereinsrechts und der aktuellen Satzung der Kirmesgesellschaft Malberg e.V. akzeptiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des beitretenden Mitglieds

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):