



Förderverein  
für die Ev. Kirchengemeinde Bergneustadt  
Bezirk Hackenberg/Leienbach e.V.

## Mitgliedsantrag:

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

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

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Ich (bitte entsprechendes unten ankreuzen und eintragen)

- werde Mitglied im Förderverein für die Ev. Kirche Bergneustadt – **Bezirk Hackenberg/Leienbach** zum \_\_\_\_\_ (Datum).  
Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 25,- Euro.  
Mein Mitgliedsbeitrag beträgt Euro: \_\_\_\_\_.
- werde nicht Mitglied im Förderverein, unterstütze ihn aber jährlich mit einer Spende von Euro: \_\_\_\_\_.
- werde nicht Mitglied im Förderverein, unterstütze ihn aber einmalig mit einer Spende von Euro: \_\_\_\_\_.
- Ich lege Wert auf eine Spendenbescheinigung (gilt nicht für Mitgliedsbeiträge).  
Für Beträge ab 100 Euro wird automatisch eine Spendenbescheinigung erstellt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



000011406610A582901180

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

GemeindeLeben fördern-Förderv.f.d.Arb. Ev.Kir.Hacken/Lb.e.V.

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

Königsberger Str. 23

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

51702 Bergneustadt

**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 **GemeindeLeben fördern-Förderv.f.d.Arb. Ev.Kir.Hacken/Lb.e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **GemeindeLeben fördern-Förderv.f.d.Arb. Ev.Kir.Hacken/Lb.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 **GemeindeLeben fördern-Förderv.f.d.Arb. Ev.Kir.Hacken/Lb.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 **GemeindeLeben fördern-Förderv.f.d.Arb. Ev.Kir.Hacken/Lb.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. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

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

manuell