

Verein der Ehemaligen des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums Trier e.V.



Rückantwort

Verein der Ehemaligen des
Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums Trier e.V.
Postfach 1107

54321 Konz

Postfach 1107 | 54321 Konz
info@fwg-ehemaligenverein.de
www.fwg-ehemaligenverein.de

Bankverbindung:
Sparkasse Trier
IBAN: DE41 5855 0130 0000 9822 49
BIC: TRISDE 55

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Verein der Ehemaligen des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums Trier e.V. bei.
Der Jahresbeitrag beträgt 20 € (bis zur Berufsaufnahme beitragsfrei).

Anrede	
Titel	
Nachname	
Vorname	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	
Land	
Geburtsname	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Studium/Ausb./Beruf	
Abiturjahr	
Geburtsdatum	
Eintrittsdatum	
Beitragspflicht ja/nein	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten vom Verein der Ehemaligen des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums Trier e.V. **zu Vereinszwecken**, insbesondere für die Mitgliederverwaltung und das Nachrichtenblatt, verwendet werden. In diesem Zusammenhang genehmige ich auch die Weitergabe an Dritte (z.B. an die Druckerei).

Ort/Datum:

Unterschrift:



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Verein der Ehemaligen des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums Trier e.V.

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

Hawstr. 1A (c/o anwaltskanzlei brand)

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

54290 Trier

Land / Country:
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 9 0 Z Z Z 0 0 0 0 2 1 2 9 1 4 8

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

M i t g l i e d s b e i t r a g / S p e n d e

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