

An den
Verein für Dithmarscher Landeskunde
z. Hd. des Schatzmeisters
Ulrich Mehlert
Stettiner Straße 17

25704 Meldorf

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im Verein für Dithmarscher Landeskunde
ab _____ (Eintrittsdatum).

Ich entrichte

- ☐ den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 35 Euro/Jahr.
- ☐ einen höheren Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro/Jahr.
- ☐ den Partnerbeitrag in Höhe von derzeit 50 Euro/Jahr.

Partner (Name) _____

- ☐ Bitte rufen Sie den Beitrag von meinem Konto gemäß gesondertem
SEPA-Lastschriftmandat ab.
- ☐ Den Beitrag überweise ich jährlich zum 1. März auf das Vereinskonto
IBAN: DE83222500200000152528
BIC: NOLADE21WHO

Die Zeitschrift „Dithmarschen“ erhalte ich als Mitglied kostenfrei.
Mit der elektronischen Speicherung meiner Mitgliedsdaten bin ich einverstanden.

Familiennamen, Vorname, (Geburtsjahr – freiwillige Angabe)

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon, Email

Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

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 (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

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):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.