



Haus Kanevedenn e.V.

St. Martinsweg 1
42281 Wuppertal

info@kanevedenn.de
www.kanevedenn.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des Haus Kanevedenn e.V. zu werden:

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beruf (freiwillige Angabe)	

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 30 €

Ich spende zusätzlich jährlich _____ € (freiwillig)

- Überweisung des jährlichen Mitgliedsbeitrages bis 31.01. des Jahres
- SEPA Lastschriftmandat Bankeinzug (bitte Rückseite ausfüllen)

Datum

Unterschrift

Bankverbindung:

IBAN: DE19 3305 0000 0000 7401 42
BIC: WUPSDE33XXX

Vorstand:

Steffen Schmidt
Gerd Friemann

Klaus Schröder
Wolfram Keip
Ulrich Lemke



0123456789012345678901

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Haus Kanevedenn e.V.

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

St. Martinsweg 1-3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

42281 Wuppertal

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE12ZZZ00001411491

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Haus Kanevedenn e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Haus Kanevedenn 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 **Haus Kanevedenn 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 **Haus Kanevedenn 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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
 Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

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