

Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e. V.

Lebens- und Arbeitsgemeinschaft



Verwaltung: Adalbert-Stifter-Str. 10, 94374 Schwarzach,
Tel.: 09962/940313, Fax: 09962/940314,
E-Mail: verwaltung@stsbuehel.de

Aufnahmeantrag an den Vorstand zur Mitgliedschaft im Verein Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e. V. zum nächst möglichen Termin. Der Jahresbeitrag beträgt derzeit pro Person Euro 60,00.

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Straße _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Durch meine unten stehende Unterschrift erkenne ich die Satzung der Sozialtherapeutischen Siedlung Bühel e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann jederzeit in der Geschäftsstelle des Vereins eingesehen oder abgeholt werden.

Gleichzeitig erkläre ich verbindlich a) nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard (z.B. der Technologie zur Führung eines Unternehmens) und/oder sonst einer mit Scientology zusammenhängenden Technologie zu arbeiten, sondern sie vollständig abzulehnen; b) keine Schulungen, Kurse oder Seminare nach den genannten Technologien selbst zu besuchen oder bei anderen zu veranlassen bzw. dafür zu werben und c) nicht Mitglied der IAS (International Association of Scientologists) zu sein.

Sollte sich eine dieser Aussagen als unwahr herausstellen oder in Zukunft verletzt werden, stellt dies einen wichtigen Grund zum sofortigen Ausschluss aus dem Verein dar. Eine Schadensersatzforderung bleibt danach vorbehalten.

Mit der Speicherung, Verarbeitung und Vermittlung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, bin ich einverstanden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige hiermit die Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e.V. widerruflich, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit € 60,00 zu Lasten des untenstehenden Kontos abzubuchen.

Kontoinhaber: _____

Bank _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers



SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Kontonummer/Account no. Kundennummer/Customer no.

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Adalbert-Stifter-Str. 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

94374 Schwarzach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE70ZZZ00000517950

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

Lastschriftinzugsermächtigung für Vereinsbeitrag Trägerverein Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e. V.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Sozialtherapeutische Siedlung Bühel e. V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Sozialtherapeutische Siedlung Bühel 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 **Sozialtherapeutische Siedlung Bühel 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 **Sozialtherapeutische Siedlung Bühel 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:

Name des Vertragsinhabers (soweit vom Zahlungspflichtigen abweichend):

Contractor name (required if different from debtor):

Informationen hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten werden dem Vertragsinhaber zur Verfügung gestellt und sind von diesem an den Zahlungspflichtigen weiterzugeben.

Information about the terms of payment is made available by the contractor and needs to be transferred to the debtor.

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