

Mykologischer Arbeitskreis Rhein-Neckar e. V.

eingetragen im Vereinsregister Mannheim Nr. VR 2695
Postanschrift: Im Bachgarten 17, 67105 Schifferstadt
Vereinsitz: Mannheim



Treff:

Stadtheim der Naturfreunde Mannheim
Zum Herrenried 18
68169 Mannheim
www.mak-rn.de | mak@mak-rn.de

Mitgliedschaftsantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Mykologischen Arbeitskreis Rhein-Neckar e.V.

Der Jahresbeitrag beträgt für	Einzelpersonen	20,-€
	Familien	30,-€
	Jugendliche (bis 18 Jahre)	10,-€

Beginn Mitgliedschaft _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon/Fax _____

Mobiltelefon _____

Email _____

Datum/ Unterschrift _____

1. Vorsitzender

Dr. Bernhard Otto
Im Bachgarten 17
67105 Schifferstadt
Tel.: 06235 | 4910783

2. Vorsitzender

Pablo Schäfer
Alphornstr. 42
68169 Mannheim
Tel.: 0621 | 43661711

Schriftführerin

Susanne Weber
Karl-Benz Str. 4
69214 Eppelheim
Tel: 06221 | 768314

Sparkasse Vorderpfalz

IBAN DE33 5455 0010 0000 6034 31

BIC LUHSDE6AXXX

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Mykologischer Arbeitskreis Rhe in-Neckar e.V.

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

Dr.-Albert-Finck-Str. 7a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

76863 Herxheim

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE 80 ZZZZ 000 00578 492

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

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