



An den Vorstand der
Wählervereinigung
Für Kobern-Gondorf-Dreckenach
Obermarkstraße 109
56330 Kobern-Gondorf

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Wählervereinigung Für Kobern-Gondorf-Dreckenach.

Name:	_____	Vorname:	_____
Wohnort:	_____	Straße, HsNr.:	_____
Geb.-Datum:	_____	Telefon:	_____

Ich bestätige, die Satzung der Wählervereinigung anzuerkennen und Ziele sowie Zweck uneingeschränkt zu teilen und zu unterstützen.

Kündigungen der Mitgliedschaft sind dem Vorstand schriftlich mitzuteilen.

Für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages ermächtige ich die Wählervereinigung, den Jahresbeitrag bis auf Widerruf abzubuchen.

Geldinstitut:	_____	Ort:	_____
Konto-Nr.:	_____	BLZ:	_____

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Wahlvereinigung Für Koborn-Gondorf-Dreckenach

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Obermarktstraße 109

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

56330 Koborn-Gondorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 6 3 Z Z Z 0 0 0 0 1 0 2 0 1 4 8

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*

* 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: