



## Bürger-Jäger-Corps Peine von 1871 e.V.



### AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in das Bürger-Jäger-Corps Peine von 1871 e.V.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname(n):** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Familienstand (ggf. Hochzeitstag und -jahr):** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Mitglied einer weiteren Korporation?:**

\_\_\_\_\_

**Paten (Namen bitte leserlich):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Bürger-Jäger-Corps Peine von 1871 e.V. an.

Weiter stimme ich der Nutzung meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Veröffentlichung von Bildern und Namen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben und Zwecke des Vereins zu.

Der durch die Generalversammlung festgesetzte Mitgliedsbeitrag wird zu 2/3 bis spätestens 31. Mai eines jeden Jahres und zu 1/3 bis spätestens 30. November eines jeden Jahres fällig.

Bei Erteilung eines Lastschriftmandates kann dieser vom dort genannten Konto eingezogen werden.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_



0123456789012345678901

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Bürger-Jäger-Corps Peine von 1871 e. V.

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

Beethovenstraße 6

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

31224 Peine

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 2 7 Z Z Z 0 0 0 0 8 3 5 9 1 4

**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:**

X

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

X

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

X

**Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):**

X

**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:**

X

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

X