

Mitgliedsantrag Medau-Ring e.V.



Bleib im Gespräch ...

Der Medau Ring will Bande knüpfen und pflegen: zwischen den ehemaligen Schülern und dem laufenden Alltag auf dem Medau Campus. Ziel ist es, den Ehemaligen zu zeigen, dass man sie nicht vergisst.

Wiedersehen macht FREUDE – und FREUNDE!

Wir halten Sie auf dem Laufenden, sind neugierig auf Ihre berufliche Entwicklung und bieten Ihnen viele Vorteile des Medau Netzwerkes.

Wir freuen uns auf Sie!



Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Abschlussjahrgang: _____

Ich möchte Mitglied im Medau-Ring e.V. werden und bin bereit, den Mitgliedsbeitrag von 18€ jährlich zu leisten.

Aus verwaltungstechnischen Gründen bitten wir Sie, am SEPA Lastschriftverfahren teilzunehmen. (Siehe SEPA Lastschriftmandat)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten anderen Mitgliedern des Vereins zur Einsicht gegeben werden können.

ja

nein

Datum, Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Medau-Ring e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schloss Hohenfels,

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

96450 Coburg

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 8 6 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 6 4 9 7 0

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

M e d a u - R i n g - B e i t r a g 2 j ä h r i g

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. 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: