

**1. FFC Saalfeld e. V.**

Vorstand  
Lachenstr. 6  
07318 Saalfeld



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_

die Mitgliedschaft im 1. FFC Saalfeld e. V.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des 1. FFC Saalfeld e. V. an.

Ich verpflichte mich, dem Verein Änderungen zu meiner Person mitzuteilen.

Beantragte Mitgliedschaft für:

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG SEPA

<b>Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:</b> <b>1. FFC Saalfeld</b>	
<b><u>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</u></b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> Lachenstr. 6	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> 07318 Saalfeld	<b>Land / Country:</b> BRD
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:</b> <b>DE84ZZZ00001989479</b>	
<b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):</b> <b>Mitgliedsbeitrag 1. FFC</b>	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger --&gt;, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger --&gt; auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor --&gt; 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 --&gt;.</p> <p>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.</p>	
<b>Zahlungsart / Type of payment:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment</b> <input type="checkbox"/> <b>Einmalige Zahlung / One-off payment</b>	
<b><u>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:</u></b> <b>1. FFC Saalfeld e.V.</b>	
<b><u>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*</u></b> <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> <b>Lachenstraße 6</b>	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> <b>07318 Saalfeld</b>	<b>Land / Country:</b> BRD
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):</b> --> DE	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):</b> <small>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.</small>	
<b>Ort / Location:</b> -->	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b> -->
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:</b>  -->	