



IGS
Interessengemeinschaft Schmachtendorf e.V.
Geschäftsführung z.Hd. Frau Neumann
c/o Stadtparkasse Oberhausen - Filiale Schmachtendorf
Schmachtendorfer Str. 155
46147 Oberhausen

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein

**„IGS“
Interessengemeinschaft Schmachtendorf
der Kaufmannschaft, Gewerbetreibenden und Freiberufler e.V.**

Die Satzung einschließlich der jährlichen Beitragsfestsetzung erkenne ich an.
Die Kündigung der Mitgliedschaft kann ohne Einhaltung einer Frist jeweils auf den 31.12. eines Jahres erfolgen.

Der monatliche Beitrag von z. Zt . 15,00 € für Gewerbetreibende bzw. 3,00 € für Privatleute wird von meinem u.a. Konto einmal jährlich insgesamt mittels Lastschrift eingezogen.

Firma, Name / Antragsteller

Geburtsdatum

Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon / Fax / E-Mail / URL

Ort, Datum, Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats.

Falls Sie das Formular online (über www.schmachtendorf.info) erhalten haben,
füllen Sie bitte die Seite 2 vor dem Ausdrucken oder Absenden per E-Mail aus.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Interessengemeinschaft Schmachtendorf der Kaufmannschaft, Gewerbetreibenden und Freiberufler e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Interessengemeinschaft Schmachtendorf
z.Hd. Frau Britta Neumann

Postleitzahl und Ort:

c/o Stadtparkasse Oberhausen
Schmachtendorfer Str. 155
46147 Oberhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 78 ZZZ 0000 1381591

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitgliedsnummer (fünfstellig):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Interessengemeinschaft Schmachtendorf** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Interessengemeinschaft Schmachtendorf** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Interessengemeinschaft Schmachtendorf** 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum (TT.MM.JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**