



Dorfverschönerungsverein Ophoven e.V.

41849 Wassenberg – Ophoven

www.dvv-ophoven.de

Beitrittserklärung

Ich/wir möchte/n Mitglied des Dorfverschönerungsvereines Ophoven e.V. werden.

Name, Vorname:	
Name, Vorname: (weiteres Familienmitglied)	
Straße & Haus-Nr:	
Ort:	
e-mail:	
e-mail:	

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Zwecks Abbuchung des Jahresbeitrages* erteile ich/erteilen wir dem DVV Ophoven e.V. eine Einzugsermächtigung und ein SEPA-Lastschriftmandat.

⇒ ⇒ Bitte die Rückseite ausfüllen ⇒ ⇒

*Der Jahresbeitrag für ein Mitglied beträgt 12,- € und für jedes weitere Familienmitglied 6,- €. Stand 23.05.2007. Etwaige Änderungen des Beitrages werden ausschließlich durch die Hauptversammlung des Dorfverschönerungsvereines beschlossen.

Ophoven, den _____

Unterschrift

Vorsitzender:
Marko Göbels
Agathastr. 13, Wassenberg
Tel.: 0177 / 5996673
vorsitzender@dvv.ophoven.info

Schriftführer:
Wilfried Ritterbecks
Agathastr. 17, Wassenberg
Tel.: 02432 / 3998
schriftfuehrer@dvv.ophoven.info

Kassierer:
Jochen Caron
Marienstr. 59A, Wassenberg
Tel: 02432 / 48342
kassierer@dvv.ophoven.info

Bankverbindung:
Raiffeisenbank Heinsberg eG
IBAN: DE78370694123301562011
BIC: GENODE1HRB

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (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.

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):