



Ελληνική Ένωση Μπόχουμ α.Σ.
Griechische Vereinigung Bochum e.V.

Sitz: Bochum I Gerichtsstand: Amtsgericht Bochum I Registerblatt: VR 2127

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT (GGF. INKL. TEILNAHME AN KURS)

An den Vorstand des Vereins:

Griechische Vereinigung Bochum e.V.

Postfach: 10 08 02

44708 Bochum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft¹ im Verein „Griechische Vereinigung Bochum e.V.“

Mit der Gewährung der Mitgliedschaft verpflichte ich mich, einen jährlichen² Mitgliedsbeitrag zu entrichten, welcher aktuell 12€ beträgt.

Des Weiteren verpflichte ich mich den in meinem Fall (oder meines/meiner Kindes/Kinder Fall) zutreffenden jährlichen Kursteilnahmebeitrag in Höhe von aktuell _____ € für die Teilnahme am _____ zu entrichten.³

Antragsteller/Antragstellerin

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Str. / Haus-Nr.:	
PLZ / Stadt:	
Telefon-Nr.:	
Mobilfunk-Nr.:	
E-Mail:	
Facebook/Instagram:	
Kind 1	Name: _____ Geburtsdatum: _____
Kind 2	Name: _____ Geburtsdatum: _____
Kind 3	Name: _____ Geburtsdatum: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

¹ Ich bestätige, dass ich Vereinssatzung sowie Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und mich einverstanden erkläre. (siehe, www.grinbo.de)

² Kalenderjahr=Geschäftsjahr

³ Ich stimme der Einzugsermächtigung zur Entrichtung der Beiträge an den Verein zu. (siehe Rückseite)

Hinweis: Der Mitgliedschaft/Kursteilnahme kann bis zu drei Wochen vor Jahreswechsel widersprochen werden. Bei nicht erfolgtem Widerspruch, erfolgt automatisch die Verlängerung der Mitgliedschaft/Kursteilnahme um ein Geschäftsjahr.

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat

SEPA Business-to-Business Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Griechische Vereinigung Bochum e.V.

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

Postfach: 10 08 02

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

44708 Bochum

Land / Country:

Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE88ZZZ00002645127

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: Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin / Wir sind nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin / Wir sind berechtigt, mein / unser Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

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).

This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due.

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****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**