

SEPA-(Basis-)Lastschriftmandat

Falls Sie nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen und den Mitgliedsbeitrag selbst einzahlen möchten, wird ab 2015 eine Bearbeitungspauschale in Höhe von 5 € je Mitglied berechnet. In dem Fall sind Sie gemäß DCNH Satzung verpflichtet, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 65 € zzgl. der Bearbeitungspauschale von 5 € bis spätestens 31.03. des jeweiligen Kalenderjahres auf das Konto des DCNH e. V. einzuzahlen.

Name/Anschrift Zahlungsempfänger (Gläubiger)

creditor's name/address

DCNH e.V.
Geschäftsstelle
Jenny Zeimetz
Dortebachstraße 11
56759 Kaisersesch

1. Vorsitzender
Guido Schäfer
Koblenzerstraße 4d
56759 Kaisersesch

Name und Anschrift des Mitgliedes (name and address of member)

* _____
* _____
* _____

Gläubiger-Identifikationsnummer (creditor identifier)

DE71ZZZ00000625796

Ich ermächtige oben genannten Zahlungsempfänger, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I authorise above mentioned creditor to send instructions to my account and my bank to debit my account in accordance with the instructions from above mentioned creditor.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

As part of my rights: I am entitled to a refund from my bank under the terms and conditions of my bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which my account was debited.

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

mandate reference for recurrent payments

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

mandate reference membership number

Kontoinhaber (debitor)

* _____

Vorname und Name (Kontoinhaber) (name of debitor)

* _____

Straße und Hausnummer (street name and number)

* _____

Postleitzahl und Ort (postal code and city)

* _____

Land des Zahlungspflichtigen (country)

* _____

Kreditinstitut (name of debitor's bank)

* _____
BIC (swift BIC)

LKZ	PrüfZ	IBAN					
<small>Country-ID</small>	<small>Check no.</small>						

* _____
Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber (location, date, signature)

*** Dieses Formular ist vom Mitglied und Kontoinhaber auszufüllen**
*** This form is to be filled out and signed by member and debitor**

Der Erstbeitrag wird Ihnen separat mitgeteilt, dieser kann aus technischen Gründen nicht eingezogen werden und muss überwiesen werden.

You will be informed about the first partial membership fee. Please transfer this fee to the account of DCNH e. V. The first membership fee can't be retracted.