



Christophorus Pfadfinder Brokstedt e.V.

Christophorus Pfadfinder Brokstedt e.V.

Amselweg 6
D-24616 Brokstedt

Vorsitzender : Florian Fölster
Anschrift (Priv.) : Heidestraße 6, 24616 Hasenkrug
Mobiltelefon : +49 174 3437730
E-Mail : verein@pfadfinderbrokstedt.de
Internet : <https://pfadfinderbrokstedt.de>

Aufnahmeantrag

Ich/wir beantrage/n die Mitgliedschaft im Christophorus Pfadfinder Brokstedt e.V.:

Name/Firma

Anschrift

Postleitzahl/Ort

Telefon/Mobil

E-Mail*

* (für die Kommunikation ist eine gültige E-Mailadresse notwendig)

Ich bin bereit, folgenden Jahresbeitrag zu zahlen:

Betrag bitte eintragen _____ € (mindestens 12,00 €/Jahr)

Die Beitragszahlung erfolgt einmal jährlich bis zum 01. April. Im Jahr des Eintritts ist der jährliche Mitgliedsbeitrag sofort bei Aufnahme in den Verein fällig.

- SEPA Lastschriftverfahren (SEPA-Lastschriftmandat erforderlich)
- Überweisung

Für die Erfüllung der Vereinsadministration ist es erforderlich, Ihre Kontaktdaten wie Name, Anschrift, Postleitzahl/Ort, Telefon und E-Mailadresse zu speichern. Dabei werden die Bestimmungen des BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) und die DS-GVO (Datenschutz-Grundverordnung) eingehalten. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

- Ich erkläre mich mit der Datenspeicherung einverstanden!

Der Christophorus Pfadfinder Brokstedt e.V. möchte Sie als Mitglied über seine Aktionen/Veranstaltungen und die der Christophorus Pfadfinder der Kirchengemeinde Brokstedt informieren.

- Ich erkläre mich einverstanden, Informationen per Post oder per E-Mail zu erhalten!

Unterschrift (ggf. der/des Erziehungsberechtigten) Ort/Datum



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor 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

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.

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:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.