

## Antrag auf Mitgliedschaft im Verein „Region Marburger Land e. V.“

(Bei Rückfragen: Telefon 06428 / 707-340; Telefax: 06428 / 707-400;  
E-Mail: [alexandra.klusmann@stadtallendorf.de](mailto:alexandra.klusmann@stadtallendorf.de))

An den Verein  
Region Marburger Land e. V.  
Geschäftsstelle  
c/o Magistrat der Stadt Stadtallendorf  
z.H. Frau Alexandra Klusmann  
Bahnhofstraße 2  
35260 Stadtallendorf

### Antrag auf Mitgliedschaft

<u>Firma / Verein:</u>	
<u>Name:</u>	<u>Vorname:</u>
<u>Anschrift:</u> <u>Straße:</u>	<u>PLZ, Ort</u>
<u>Telefon:</u>	<u>Telefax:</u>
<u>E-Mail:</u>	
<u>Internet:</u>	

Wir/ich beantrage(n) die Mitgliedschaft als

- natürliche Person
- Ortsvorsteher/in
- Personenvereinigung
- juristische Person
- Gebietskörperschaft

im Verein „Region Marburger Land e. V.“

Wir/ich erklären uns/mich damit einverstanden, dass unsere/meine Kontaktdaten maschinell gespeichert und im Rahmen der Vereinstätigkeit genutzt und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Der Austritt aus dem Verein ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres möglich. Der Austritt ist schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erklären.**

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Region Marburger Land e.V. c/o Magistrat der Stadt Stadtallendorf

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

Bahnhofstr. 2

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

35260 Stadtallendorf

**Land / Country:****Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 5 2 Z Z Z 0 0 0 0 1 1 7 5 2 5 5

**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: 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 (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).

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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.**Ort / Location:**

Stadtallendorf

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**