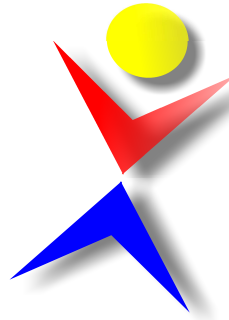


# Beitrittserklärung

(bitte ausgefüllt zurück an Frank Elbers Feldstr. 3 59399 Olfen)

**IBO**

**Integration Behinderter  
Menschen in Olfen e. V.**



Feldstr. 3

59399 Olfen

Tel. (0 25 95) 38 43 65

E-Mail:

IBO.eV@freenet.de

## Zur Person

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<input type="checkbox"/> männlich
		<input type="checkbox"/> weiblich
Straße und Hausnummer		PLZ
		Ort
Tel. gesch.		Tel. privat
Fax gesch.		Fax privat
<b>Geburtstag</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>	
Geburtsort		

## Freiwillige Angaben (nur zur Verwendung zur Vereinsverwaltung)

Hobbys

Aktivitäten in anderen Vereinen

Beruf	
verheiratet mit	
Hochzeitsdatum	

Hier bitte die Kinder mit Geburtsdatum eintragen:


Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein  
und erkenne die gültigen Vereinsstatuten als bindend an.

Mein Beitritt erfolgt zum

## Vereinsbeitrag

Den Vereinsbeitrag von jährlich 15 €/1 Person; 25 € Familien, bzw. Wunschbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € bitte ich (der Unterzeichner) gem. beiliegendem Sepa-Lastschriftsmandat zum 15. März eines jeden Jahres einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift

\*Nicht Zutreffendes bitte streichen

Bankverbindung: Volksbank Olfen IBAN:DE78401645282752609600 BIC:GENODEM1LHN

# Beitrittserklärung

(bitte ausgefüllt zurück an Frank Elbers Feldstr. 3 59399 Olfen)

## SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**IBO e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

**Feldstr. 3**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**59399 Olfen**

Land / Country:

**Deutschland/Germany**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE60ZZZ00000172228**

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

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: