

Beitrittsantrag

per Post oder e-mail an:

European Bamboo Society Sektion Deutschland e.V.
Ute Außem
Geschäftsstelle
Kirchhofstraße 9
41199 Mönchengladbach

info@bambus-deutschland.de

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der „European Bamboo Society - Sektion Deutschland e.V.“:

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Land, PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

e-mail: _____

Homepage: _____

Ich beantrage eine:

☐ Einzelmitgliedschaft (35,- / Ausland 40,-)

☐ Schüler/Studenten/Azubimitglied (20,- Ausbildungs- bzw./Immatrikulationsbescheinigung einreichen)

☐ Lebenspartner-Mitgliedschaft (50,-). Personalien des Lebenspartners:

Vorname Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wie wurden Sie auf die EBS-D aufmerksam: _____

☐ Ich bitte um Veröffentlichung meiner Adresse i.d. Mitgliederliste (members area) der EBS-D Homepage

☐ Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Adresse im Bambusjournal zur Begrüßung als Neumitglied einverstanden

Datum, Unterschrift Antragsteller _____

Die Mitgliedschaft wird wirksam, sobald der erste Jahresbeitrag per SEPA-Lastschrift eingezogen wurde. Hierzu erteilen Sie der Geschäftsstelle bitte ein SEPA-Lastschriftmandat, indem Sie das Formular ausfüllen, unterschreiben und auf dem Postweg oder per e-mail an die Geschäftsstelle (s.o.) senden.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

European Bamboo Society Sektion Deutschland e.V. (EBS-Deutschland)

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

Geschäftsführung Ute Außem
Kirchhofstr. 9

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

41199 Mönchengladbach

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE55ZZZ00000018767

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

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise the creditor to send instructions to your bank to debit your account and 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.