

# FRANKENBUND e. V. – Gruppe Bayreuth

## Aufnahmeantrag

Ich/ Wir beantrage(n) die Aufnahme in den Frankenbund e. V. – Gruppe Bayreuth

als  Einzelmitglied (20 Euro im Jahr)  (Ehe)Paar/ Familie (25 Euro im Jahr)  
 Institution (30 Euro im Jahr)  Jungmitglied bis 35 J. (5 Euro im Jahr)

mit Wirkung vom ..... (Bei Eintritt im 2. Halbjahr nur halber Beitrag)

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| Name                                  | Vorname      |
| Beruf                                 | Geburtsdatum |
| Name                                  | Vorname      |
| Beruf                                 | Geburtsdatum |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort) |              |
| E-Mail                                |              |
| Telefon                               | Mobil        |

Erteilung eines **Lastschriftmandats** (Kombimandat für einmalige oder wiederkehrende Zahlungen)

|   |  |
|---|--|
| Name des Zahlungsempfängers:<br>Frankenbund e. V. – Gruppe Bayreuth (im Zahlungsverkehr: Frankenbund Bayreuth)  |  |
| Anschrift des Zahlungsempfängers:<br>Lahnstraße 12, 95445 Bayreuth  | Gläubiger-Identifikationsnummer:<br>DE22BAY00000160981 |
| Die Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer, die noch mitgeteilt wird.   |  |
| <b>Einzugsermächtigung</b> für einmalige Zahlung(en)<br>Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.   |  |
| <b>SEPA-Lastschriftmandat:</b><br>Ich/ Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. |  |
| <b>Hinweis:</b> Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.   |  |
| Name und Anschrift des/ der Zahlungspflichtigen: siehe oben (Antragsteller/in)  |  |
| <b>IBAN</b> des/ der Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)  | <b>BIC</b> (11 Stellen)                                |
| D   E   |  |

☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich überweise meinen/ Wir überweisen unseren Jahresbeitrag jeweils bis Ende Februar auf das Konto des Frankenbundes Bayreuth Nr. 422600 Sparkasse Bayreuth, BLZ 773 501 10  
**IBAN** DE92773501100000422600 **BIC** BYLADEM1SBT

|  |                     |
|--|---------------------|
| Ort:   | Datum: (TT.MM.JJJJ) |
| Unterschrift(en) des/ der Antragsteller(s/in) bzw. Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): |                     |

Bitte zurücksenden an: Gerhard Trausch, Lahnstr. 12, 95445 Bayreuth

Efasst: