

# Antrag auf Mitgliedschaft im Botanischen Verein Sachsen-Anhalt e. V.

An  
Botanischer Verein Sachsen-Anhalt e. V.  
c/o Prof. Dr. Sabine Tischew  
Am Dorfrand 3  
06193 Petersberg, OT Frößnitz

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Botanischen Verein Sachsen-Anhalt e. V.  
und erkenne die Satzung an.

Nachname, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon
Postleitzahl	Ort	E-Mail-Adresse
<b>Zahlung Mitgliedsbeitrag (zutreffendes bitte ankreuzen)</b> <u>Einzelmitgliedschaft</u> <input type="checkbox"/> normaler Mitgliedsbeitrag (10,00 €) <input type="checkbox"/> ermäßigter Mitgliedsbeitrag (Rentner/in) (5,00 €) <input type="checkbox"/> beitragsfrei (Schüler/in, Student/in) <input type="checkbox"/> beitragsfrei (arbeitslos) <u>Körperschaftliche Mitgliedschaft</u> <input type="checkbox"/> Vereine, Institutionen etc. (100,00 €)		
<b>Zahlungsweise Mitgliedsbeitrag (zutreffendes bitte ankreuzen)</b> <input type="checkbox"/> Ich überweise den fälligen Mitgliedsbeitrag jeweils zum 15.01. eines Jahres <input type="checkbox"/> Ich erteile die Einzugsermächtigung (zusätzlich SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen) <sup>1</sup>		
Ort, Datum		Unterschrift

<sup>1</sup> Vor dem ersten Einzug des Mitgliedsbeitrages werden wir Sie nochmals bezüglich der Zahlungsmodalitäten informieren (Einzugstermin, Mandatsreferenz etc.).



0389779473103660912130

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Botanischer Verein Sachsen-Anhalt e. V.

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

Am Dorfrand 3

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

06193 Petersberg, OT Frößnitz

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE19ZZZ00000308766

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

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

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 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 creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

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