



BÜRGERGEMEINSCHAFT OBERAICHEN e.V.

Vorsitzende: Katja Fellmeth

Wilhelmstrasse 39

70771 Leinfelden-Echterdingen

Tel.: 0711 75431194

[www.le-oberaichen.de](http://www.le-oberaichen.de)


Beitrittserklärung zur Bürgergemeinschaft Oberaichen e.V.

Hiermit erkläre(n) ich/wir den Beitritt zur Bürgergemeinschaft Oberaichen e.V. Die Bestimmungen der Satzung vom 17. April 2013 sind mir/uns bekannt und werden akzeptiert. Die persönlichen Daten werden in das Mitgliederverzeichnis des Vereins übernommen. **Der Jahresbeitrag beträgt** gemäß Beitragsordnung vom 17.4.2013 € **15,- bei Einzelmitgliedschaft oder € 25,- bei Familienmitgliedschaft sowie bei juristischen Personen.**

**Ich/ Wir trete(n) bei\*:**

- Einzelmitgliedschaft       Familienmitgliedschaft       Mitgliedschaft jur. Personen
- Ich helfe gerne bei Festen etc. mit

\*bitte zutreffendes ankreuzen

Vorname Nachname	Geburtstag	E-Mail-Adresse
Adresse (Straße, PLZ und Ort)		Telefon
Datum	 Unterschrift	

**Familienmitglieder bei Familienmitgliedschaft:**

Vorname Nachname	Geburtstag	E-Mail-Adresse	
Vorname Nachname	Geburtstag	E-Mail-Adresse	
Vorname Nachname	Geburtstag	E-Mail-Adresse	
Vorname Nachname	Geburtstag	E-Mail-Adresse	./.

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Vorname Nachname

Adresse (Straße und Hausnummer, PLZ und Ort)

**Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE18ZZZ00000854118

[Mandatsreferenz] (wird von BGO vergeben)

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Bürgergemeinschaft Oberaichen

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Bürgergemeinschaft Oberaichen

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname Name)]

[Kreditinstitut]

[BIC<sup>1</sup>]

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)



Bitte unterschrieben zurück an:

Katrin Stroezel  
Neuffenstr. 34  
70771 Leinfelden-Echterdingen  
Oder per Mail an: [Bgo\\_kasse@le-oberaichen.de](mailto:Bgo_kasse@le-oberaichen.de)