



Dr. C. D. Knöchel, Konrad.-Adenauer-Str. 13, 64347 Griesheim

PC-Hilfe 50 plus Griesheim e. V.

Geschäftsstelle

Konrad-Adenauer-Str. 13

64347 Griesheim

Sie können dieses Formular auch an Ihrem PC ausfüllen. Vergessen Sie aber bitte nicht Ihre eigenhändigen Unterschriften.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein „PC-Hilfe 50 plus Griesheim e. V.“

Herr ☐

Frau ☐

Anrede / Titel

Vorname

Name

Straße und Haus-Nr.

PLZ

Ort

Telefon (Festnetz)

Telefon (mobil)

E-Mail

Geldinstitut

Ja ☐

Nein ☐

IBAN (für jährliche Abbuchung)

Zustimmung zur Abbuchung
(Unterschrift)

Ort / Datum

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass der Verein im Falle Ihrer Aufnahme Ihre Daten zu internen Verwaltungs- und Informationszwecken verwenden darf. Sie können dies jederzeit, auch einzeln, schriftlich widerrufen.

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:

- Jede Person: 24,00 €
- Im Jahr des Eintritts beitragsfrei

Web-Site des Vereins:

www.pch50.de

Kontakt zur Geschäftsstelle:

Mail: info@pch50.de

Tel.: 06155-880193

Vorsitzender: Heinrich Sarbinowski

Stellv. Vors.: Dr. Claus Dieter Knöchel

Schatzmeister: Joachim Müllen

Sparkasse Darmstadt,

IBAN: DE49 5085 0150 0027 0254 04

Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag bitte an die Geschäftsstelle des Vereins „PC-Hilfe 50 plus Griesheim e.V.“

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate



Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

PC-Hilfe 50 plus Griesheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Konrad-Adenauer-Str. 13

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

64347 Griesheim

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE26ZZZ00000615839

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **PC-Hilfe 50 plus Griesheim e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **PC-Hilfe 50 plus Griesheim 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 **PC-Hilfe 50 plus Griesheim 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 **PC-Hilfe 50 plus Griesheim 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: