

# Aufnahmeantrag



Bierland Oberfranken e. V.  
c/o Meinel-Bräu GmbH,  
Absolviagasse 1  
95028 Hof

E-Mail: [info@bierland-oberfranken.de](mailto:info@bierland-oberfranken.de)

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Bierland Oberfranken e.V. als

Privatperson       Unternehmen / Institution

Die Satzung wurde mir vor dem Beitritt ausgehändigt. Der von der Mitgliederversammlung beschlossene Jahresmitgliedsbeitrag beträgt für Privatpersonen 30 Euro, für Unternehmen / Institutionen 75 Euro.

Firma/Institution: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Internetadresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ausbildung / Beruf: \_\_\_\_\_

Den Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von

**30,00 Euro** (Privatperson)       **75,00Euro** (Firma / Institution)       \_\_\_\_\_ **Euro** (Fördermitglied)

ziehen Sie bitte per Lastschrift ein. Das ausgefüllte und unterschriebene SEPA-Basis-Lastschriftmandat liegt dem Antrag bei.

möchte ich nach Erhalt einer Rechnung überweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel) / Unterschrift



Bierland Oberfranken e. V.  
c/o Meinel-Bräu GmbH,  
Absolviagasse 1  
95028 Hof

**Zahlungsempfänger / creditor name:**

Bierland Oberfranken e.V.  
c/o Meinel-Bräu GmbH,  
Absolviagasse 1  
95028 Hof

Telefon: 09221 707-115  
E-Mail: info@bierland-oberfranken.de

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Wiederkehrende Zahlung  
Recurrent payment

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

Creditor identifier

**DE49BLO00000528901**

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

Mandate reference (to be completed by the creditor)

Ich/wir ermächtige/n den Verein Genussregion Oberfranken, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Genussregion Oberfranken auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise the creditor (name see above) 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.

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.

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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Name of debtor

Straße, Hausnummer / Street name and number

Postleitzahl und Ort / Postal code and city

Land / Country

DE

IBAN des Zahlungspflichtigen / IBAN of the debtor:

Kreditinstitut (Bank) / Name of debtor's bank

BIC \*/ Swift BIC \*

\* Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

\* If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort, Datum

Location, Date (DD/MM/YYYY)

(Stempel) / Unterschrift/en

Signature(s) of the debtor