

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre(n) ich (wir) den Beitritt zum Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle e. V. Der Jahresbeitrag in Höhe von(25) EURO wird von mir (uns) im ersten Halbjahr des laufenden Jahres auf das Konto des Vereins überwiesen (Kto.-Nr. 1894012514 der Saalesparkasse, BL 800 537 62) oder im Büro des Freundes- und Förderkreises im Händel-Haus bar bezahlt.

Name:	Vorname:	
Beruf:	geb. am:	in:
Straße:	PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:	
Partner: Name:	Vorname:	
Beruf:	geb. am:	in:
Straße:	PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:	
Unterschriften		

Wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen wollen (für uns die bevorzugte Variante), bitten wir Sie, auch das untere Formular auszufüllen.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger/Creditor:

Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle e. V., Große Nikolaistraße 5,
D - 06108 Halle

Gläubiger-Identifikationsnummer/Creditor identifier: DE12ZZZ00000044179

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

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle e. V., Zahlungen von meinem Konto/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise the Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle e. V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Freundes- und Förderkreis des Händel-Hauses zu Halle 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	Zahlungsintervall/Interval of payment
Wiederkehrende Zahlung/Recurrent payment	jährlich/annual
Betrag	Zahlungsgrund/reason of payment
X.....	Mitgliedsbeitrag/Membership fee
Name des Zahlungspflichtigen/Debtor name	
X	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/Debtor address: Straße, Hausnummer/Street name and number	
X	
Postleitzahl und Ort/Postal code and city	Land/Country
X	X
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 3 Stellen)/IBAN of the debtor (max. 35 characters)	
X	
BIC (8 oder 11 Stellen/8 or 11 characters)	
X	
Ort/Location	Datum/Date
X	X
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)/Signature of the debtor	
X	

Hinweis: Das SEPA-Lastschriftmandat ersetzt die Einzugsermächtigung. IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug. Ihre Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Kreditinstitut erhalten können.

Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.