

BEITRITTSERKLÄRUNG / BETEILIGUNGSERKLÄRUNG MIT WEITEREN GESCHÄFTSANTEILEN

(Name, Geburtsdatum, Geburtsort und Wohnanschrift des Beitretenden/Mitgliedes)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____



Hiermit erkläre ich bei gleichzeitiger Übernahme eines Geschäftsanteils in Höhe von 1000,00 € meinen Beitritt zur

Peißnitzhaus Förderkreis gemeinnützige eG

Ich möchte die Einzahlung des Geschäftsanteils in

10 (á 100,00 €) oder 20 (á 50,00 €) Raten vornehmen

(Zutreffendes nur ankreuzen, wenn Ratenzahlung gewünscht wird)

Hiermit erkläre ich, dass ich mich über den ersten Geschäftsanteil hinaus mit weiteren _____ Geschäftsanteilen á 1000,00 € insgesamt also mit _____ Geschäftsanteilen an der Genossenschaft beteilige.

Ich möchte die Einzahlung der Geschäftsanteile in 10 oder 20 Raten vornehmen

(Zutreffendes nur ankreuzen, wenn Ratenzahlung gewünscht wird)

Zahlungswunsch : Überweisung / Lastschrift

Eine Satzung der Genossenschaft in der geltenden Fassung wurde mir vor Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung zur Verfügung gestellt. Mir ist bekannt, dass der Vorstand meinem Beitritt und einer ggf. beantragten Ratenzahlung zustimmen muss

(Ort, Datum)

(Beitretender)



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Peißnitzhaus Förderkreis gemeinnützige eG

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Peißnitzinsel 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

06108 Halle

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE37ZZZ00001263407

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above).

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

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):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: