



Ja, ich möchte Mitglied der  
Walter Mossmann Gesellschaft e.V. werden:

Vorname, Name

geboren am

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Tel.-Nr.

e-Mail

Ich bin dabei

☐

mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 Euro / Jahr

☐

mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... Euro / Jahr  
(Genehmigung durch den Vorstand)

Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Ort, Datum, Unterschrift

**Den Mitgliedsbeitrag zahle ich bequem und sicher per Lastschrift  
(Bitte Seite 2 SEPA-Mandat ausfüllen)**

**Den Mitgliedsbeitrag überweise ich unmittelbar nach Bestätigung der Aufnahme und in den  
Folgejahren zum 01.03. jeden Jahres auf das Konto des Vereins  
Sparkasse Freiburg - Nördlicher Breisgau IBAN: DE23 6805 0101 0014 3605 78**

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Walter Mossmann Gesellschaft e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

c/o E-Werk Freiburg, Eschholzstr. 77

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

79106 Freiburg

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE78ZZZ00002600784

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Walter Mossmann Gesellschaft e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Walter Mossmann Gesellschaft 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 Walter Mossmann Gesellschaft 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 Walter Mossmann Gesellschaft 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

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:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.  
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.