



Familienname \*

Vorname \*

Geburtsdatum \*

Strasse u. Hausnummer \*

Vorname / Name weiteres Fam.-Mitglied

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort \*

Vorname / Name weiteres Fam.-Mitglied

Geburtsdatum

Telefon

Vorname / Name weiteres Fam.-Mitglied

Geburtsdatum

E-Mail \*

Vorname / Name weiteres Fam.-Mitglied

Geburtsdatum

\* = Pflichtfelder

Bitte gewünschtes ankreuzen:

| anmelden

| ummelden

| abmelden zum 31.12.

| Erwachsenenbeitrag ( € 18,00 jährlich )

| Familienbeitrag ( € 24,00 jährlich )

| Spende:  €

Hinweis: Die Beitragszahlung erfolgt jährlich mittels SEPA-Lastschrift.

Kündigung bitte bis zum 31.12. schriftlich an nachfolgende Adresse oder via E-Mail an:  
info@dgv-morlautern.de

**Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung unterschrieben im Original an:**

**Dorfgemeinschaft Morlautern, z.Hd. Herrn Stephan Poznar, Bienengarten 25, 67659 Kaiserslautern  
oder unterschrieben und eingescannt an:**

**info@dgv-morlautern.de**

**Ich beantrage hiermit verbindlich die Aufnahme in den Dorfgemeinschaftsverein Morlautern e.V.  
und anerkenne die Satzung und die Ordnungen des Vereins sowie seiner sonstigen Bestimmungen.  
Die Beitragsordnung, die Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie die Informationspflichten nach  
Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen (siehe QR Code).**

Ort

Datum



## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Name des Zahlungsempfängers

Dorfgemeinschaftsverein Morlautern e.V.

### Anschrift des Zahlungsempfängers

#### Straße und Hausnummer:

Bienengarten 25

#### Postleitzahl und Ort:

67659 Kaiserslautern

### Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE63ZZZ00002836085

### Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

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.

### Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl

Ort

### IBAN und BIC des Zahlungspflichtigen (BIC optional)

IBAN: DE

Kreditinstitut (Name):

BIC:

Ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)