



## Teilnahmeerklärung

Wir/Ich nehme(n) an der Spendenaktion der JFG Straubing-Bogen „*Buspate*“ teil.

Name/ Vorname:

Straße/ Hausnummer:

Postleitzahl/ Ort:

Telefon/ Email:

**Die Aktion umfasst einen monatlichen Beitrag von 10,- € und läuft für die Dauer von 12 Monaten.**

Wir möchten unsere Verbundenheit mit der JFG sichtbar machen. Die JFG darf unseren /meinen Namen auf dem Vereinsbus anbringen wie folgt:

Vorname(n) – Familienname(n):

oder

„Familie“ – Name:

Unser/ mein Name(n) soll nicht auf dem Vereinsbus erscheinen.

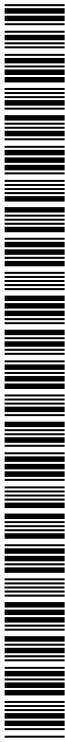
Die Teilnahme an der Aktion ist schriftlich kündbar mit einer Frist von 3 Monaten zum 31.12. eines jeden Jahres. Wird die Aktion nicht oder nicht rechtzeitig gekündigt, verlängert sich die Dauer um weitere 12 Monate.

Die Einziehung der Spendenbeträge erfolgt vierteljährlich im Lastschriftverfahren. Das beigefügte Lastschriftmandat muss dazu erteilt werden.

Wir/ich nehme(n) die Bedingungen der Aktion zu Kenntnis und akzeptieren diese ausdrücklich mit unserer/meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



0123456789012345678901

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

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

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