

Mieterverein Strausberg und Umgebung e.V.

im Landesverband Brandenburg e.V. des Deutschen Mieterbundes

August-Bebel-Straße 25

15344 Strausberg

Bankverbindung: IBAN: DE 76 1705 4040 3907 0330 42 BIC: WELADED1MOL



Mitglieds-Nr.:

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum **Mieterverein Strausberg und Umgebung e.V.**

Die Satzung erkenne(n) ich/wir an. Der Eintritt wird wirksam zum 1. des Monats, in dem die Beitrittserklärung in der Geschäftsstelle des Mietervereins eingeht. Die Mindestmitgliedschaft beträgt **1 Jahr**.

(Bitte in Druckschrift oder am PC ausfüllen!)

(1) Name, Vorname:

Geburtsdatum: Tätigkeit:

(2) Name, Vorname:

Geburtsdatum: Tätigkeit:

Anschrift:

PLZ: Ort:

Straße, Nr.:

Telefon: / E-Mail:

Ich bin einverstanden, dass die Beiträge jeweils **halbjährlich** oder **jährlich (bitte auswählen!)** von meinem Konto abgebucht werden. Der Beitrag beinhaltet **keine** Rechtsschutzversicherung!

.....
Datum des Beitritts

.....
Unterschrift

Bestätigungsvermerk des Mietervereins Strausberg u. Umgebung e.V.

Beim Beitritt wurde folgende Aufnahmegebühr entrichtet: €

Folgende Mitgliedsbeiträge wurden bezahlt: €

Dem Mitglied wurde(n) ausgehändigt: (Zutreffendes ankreuzen)

Mitgliedskarte Statut Jahresinfo Mieterzeitung

.....
Datum

.....
Stempel / Unterschrift

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

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: