



An den Vorstand des  
Handels- und Gewerbevereins  
-HGV- Ihrhove und Umgebung e.V.  
26810 Westoverledingen

Handels- und Gewerbeverein  
Ihrhove und Umgebung e.V.  
c/o Holger Schütte  
Bahnhofstr. 33  
26810 Westoverledingen

Telefon: 0152 / 518 832 28  
E-Mail: info@hgv-ihrhove.de

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Satzung meinen Beitritt zum Handels- und Gewerbeverein Ihrhove und Umgebung e.V.

Firma:

Name, Vorname:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Für die Zahlung der Mitgliedsbeiträge wird dem HGV Ihrhove u.U. e.V. das umstehende Lastschrift-Basismandat erteilt. Der **monatliche Beitrag** beträgt derzeit **15,00€** und wird **vierteljährlich im Voraus** mit **45,00€** abgebucht.

#### Bei juristischen Personen:

Diese von mir für vorgenannte juristische Person abgegebene Erklärung, gebe ich in meiner Eigenschaft als Vertretungsberechtigter der oben genannten Firma ab.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel / Unterschrift)

## zur internen Bearbeitung Kontonummer

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use  
Nr./No.

### Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Handels- u. Gewerbeverein e.V.  
z.H. Olaf Lübsen  
p.A. Ostfr. Volksbank eG  
Großwolder Str. 18  
26810 Westoverledingen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE60HGV00000136435

Mandatsreferenz  
6108803000-0-

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Handels- und Gewerbeverein Ihrhove und Umgebung e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Handels- und Gewerbeverein Ihrhove und Umgebung 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Westoverledingen-Irhove

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.