



SOCIETA' DANTE ALIGHIERI

Società Dante Alighieri
Comitato di Norimberga e.V.
Heilig-Geist-Haus, Hans-Sachs-Platz 2
90403 Nürnberg

Aufnahme-Antrag:

Hiermit erkläre(n) ich/wir mit Wirkung zum _____ meinen/unseren Beitritt zur
Società Dante Alighieri e.V.

Antragsteller:

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. /Fax _____

E-Mail _____

Ehepartner/Partner:

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel./Fax _____

E-Mail _____

Durch meine/unsere Unterschrift verpflichte(n) ich/wir mich/uns zur pünktlichen Zahlung des
Mitgliedsbeitrages. Der Beitrag ist fällig bei Eintritt und jeweils zum 1. Januar des folgenden
Jahres. Die Beiträge werden bei Fälligkeit von Ihrem Konto abgebucht. Das SEPA-
Lastschriftmandat wurde beigelegt.

Ort und Datum:

Unterschrift(en):

Beitragssätze zum 01.01.2002

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag für Einzelpersonen: | EURO 25,00 |
| <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag für Ehepaare/Paare: | EURO 35,00 |
| <input type="checkbox"/> für jedes weitere Familienmitglied: | EURO 5,00 |
| <input type="checkbox"/> Jahresbeitrag für Schüler /Studenten: | EURO 10,00 |

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE23ZZZ00000642083

Mit diesem Formular ermächtige ich die Dante Alighieri Gesellschaft Nürnberg e. V. zum Lastschrifteinzug. Sie wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen. Dieses Mandat gilt für den **Einzug des Mitgliedsbeitrages**.

DATEN DES KONTOINHABERS (falls der Kontoinhaber vom Antragspartner abweicht, muss hier die Adresse eingetragen werden).

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ – Ort

Ich ermächtige die Dante Alighieri Gesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Dante Alighieri Gesellschaft auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

IBAN: DE _____ ; _____ ; _____
BLZ Kontonummer

Geldinstitut: _____ BIC. _____

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum

Unterschrift Kontoinhaber