



MITGLIEDSANTRAG FC WITTSFELD 01 E.V.

- Aktives Mitglied
- Aktives Mitglied mit Wohnsitz außerhalb Oldenburgs
- Fördermitglied

Die Beitragshöhe von _____ € im Monat richtet sich nach dem aktuellen Beitragssatz.

Einzusehen auf www.fcwittsfeld.de

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße:	_____	Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
Email:	_____	Geburtstag:	_____

Unterschrift des Antragstellers:: _____

Weiter auf der Rückseite...

FC Wittsfeld 01 e.V.

c/o Sören Alperstädt
Widukindstr. 5
26121 Oldenburg

Präsident Sören Alperstädt
Vizepräsident Christian Ruhnke
Kassenwart Lars Riesberg
Pressewart Florian Liehr
Schriftwart David Roth
Sponsoring Dennis Euhäusen



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
FC Wittfeld 01 e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Widukindstr. 5

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

26121 Oldenburg

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE59ZZZ000000188889

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:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.