

An
VDBUM e.V.
Henleinstraße 8 a
28816 Stuhr

Telefon 04 21 - 87 16 80
Telefax 04 21 - 87 16 810
zentrale@vdbum.de
www.vdbum.de

Erweiterung der VDBUM-Mitgliedschaft **Aufnahmeantrag für FGS-Fachgemeinschaft Saugbagger**

Firma:

Straße: PLZ / Ort:

Telefon: Homepage:

Mitarbeiterzahl: Branche:

Mitgliedsnummer: Jahresbeitrag:

(wird vom VDBUM eingetragen)

€ 200,- pro Saugbagger, max. € 2000,-

Anzahl Saugbagger:

Ansprechpartner:

Name: Vorname: Geb.:

Position: E-Mail:

Privat-Anschrift:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon:

Rechnungsstellung

jährlich ½-jährlich ¼-jährlich

Zahlung per: Rechnung SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Widerrufbare Einzugsermächtigung)*

*(Bitte füllen Sie hierfür das Formular für Teilnahme am SEPA-Basis-Lastschriftverfahren auf Seite 2 dieses PDF aus.)

Ort	Datum	Unterschrift/Stempel
-----	-------	----------------------

Wir verarbeiten Ihre Anmeldedaten um unsere vertraglichen Verpflichtungen und Serviceleistungen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO zu erfüllen. Die in Onlineformularen als verpflichtend gekennzeichneten Angaben sind für den Vertragsschluss erforderlich.

Datenkategorie: Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse Übermittlung an

Drittstaaten: Nein

[Online Datenschutzerklärung vom VDBUM](#)

Löschfrist: Bei Widerruf des Betroffenen

Rechtsgrundlage: DSGVO Art. 6, Abs. 1b

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate



Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*: VDBUM e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / *Creditor address*
Straße und Hausnummer / Street name and number: Henleinstraße 8a

Postleitzahl und Ort / *Postal code and city*: 28816 *Land / Country*: Stuhr

Gläubiger-Identifikationsnummer / *Creditor identifier*: DE23ZZZ00000529175

Telefon 04 21 - 87 16 80
Telefax 04 21 - 87 16 810
zentrale@vdbum.de
www.vdbum.de

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger VDBUM e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger VDBUM 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor VDBUM e.V. 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 VDBUM e.V..

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.