

Sepa – Lastschriftmandat – für die Pilzfreunde Saar-Pfalz e.V.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000408374

An Zahlungsempfänger

Pilzfreunde Saar-Pfalz e.V.
C/O Thomas Brandt
Schulstraße 3
66450 Bexbach

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos

IBAN: _____ bei (Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

_____ BIC : _____

durch das Sepa - Lastschriftverfahren einzuziehen. **Eingezogen wird jährlich an jedem fünften Bank - Arbeitstag im Februar.** Nach Erhalt des Sepa – Lastschriftmandates wird mir meine Mandatsreferenzkennung per Mail oder Postsendung zugeschickt.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Sepa - Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

(Name, Vorname, genaue Anschrift)

(Ort , Datum)

(Unterschrift/en)

Die Pilzfreunde Saar-Pfalz e.V. sind nach dem Bescheid des Finanzamtes Homburg wegen Förderung der Volks und Berufsbildung als gemeinnützigen Zwecken dienend anerkannt und nach dem §5 Abs.1 Nr.9 KStG. von der Körperschaftssteuer befreit.

Die Pilzfreunde Saar-Pfalz e.V. sind berechtigt, entsprechende Spendenbestätigungen für steuerliche Zwecke auszustellen.

Die Mitgliedsbeiträge sind nach § 10 b EStG und §9 Nr.3 KStG wie Spenden abziehbar.

Sie erhalten auf Wunsch zum Ende des jeweiligen Beitragsjahres eine Beitragsbescheinigung, die in Verbindung mit Ihrem Kontoauszug dem für sie zuständigen Finanzamt zwecks steuerlicher Abschreibung vorgelegt werden kann .

Gesonderte Einwilligung:

Die Pilzfreunde Saar-Pfalz e.V. veröffentlichen auf ihrer Internet-Seite www.pilzfreunde-saar-pfalz.de eine Liste der Pilzsachverständigen mit Name, Vorname, Anschrift und Telefonnummer. Wenn Sie ein/eine von der Deutschen Gesellschaft für Mykologie e.V. (DGFM) anerkannte(r) Pilzsachverständige(r) sind und mit der vorgenannten Veröffentlichung einverstanden sind, dann geben Sie bitte hierzu Ihre gesonderte Einwilligung.

Ich/wir/bin/sind von der DGFM anerkannte(r) Pilzsachverständige(r) und mit der vorgenannten Veröffentlichung einverstanden:

Name : _____ Vorname : _____ Datum, Unterschrift: _____

Name : _____ Vorname : _____ Datum, Unterschrift: _____

Die gesonderte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Vom Widerruf bleibt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung dieser Daten bis zum Widerruf jedoch unberührt.

Ergänzend verweisen wir auf die Ihnen ausgehändigte Datenschutzerklärung (Stand November 2018).

Formular bitte Einsenden an oben angegebene Adresse.