



**Obst- und Gartenbauverein Pfreimd e. V.**  
**Gegründet 1921**  
*Erster Vorsitzender Reinhold Kumeth*  
*Dr. Kleber-Straße 17*  
*92536 Pfreimd*

**Antrag auf Mitgliedschaft im Obst- und Gartenbauverein Pfreimd e. V.**

Mitgliederverwaltung OGV-Pfreimd  
Reinhold Kumeth  
Dr.-Kleber-Str. 17  
92536 Pfreimd

**Ich beantrage:**

- ( ) Die Mitgliedschaft im Obst- und Gartenbauverein Pfreimd e. V.  
( ) Die Mitgliedschaft im Obst- und Gartenbauverein Pfreimd e. V. und einen Schrebergarten  
( ) Nur einen Schrebergarten, da ich bereits Mitglied bin

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung der nachstehenden personenbezogenen Daten einverstanden. Meine Daten werden nur für die Zwecke der Arbeit des Vereins erhoben, gespeichert und genutzt. Die E-Mail-Adresse kann für den Versand von Vereinsinformationen und für Einladungen zu Versammlungen und Veranstaltungen genutzt werden. Der Versand von Einladungen auf elektronischem Wege steht in diesem Fall dem Postweg gleich. Dieses Einverständnis kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mitgliedsbeitrag im Obst- und Gartenbauverein: 9,00 € im Jahr  
Pachtzins für Schrebergarten: 15,00 € im Jahr  
Hinterlegung einer Kautions für Schrebergarten: 100,00 € im Jahr

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Telefon, Mobil

E-Mail

- Ich möchte meinen Beitrag/Pacht bar per Rechnung begleichen  
 Bitte buchen Sie meinen Beitrag/Pacht von meinem Konto ab  
(Bitte Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen)

Ort, Datum und Unterschrift

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

---

**Zahlungsempfänger:**

Obst- und Gartenbauverein Pfreimd e. V.  
1. Vorsitzender Reinhold Kumeth  
Dr.-Kleber-Straße 17  
92536 Pfreimd

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE50ZZZ00000569817

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer OGV Pfreimd

---

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

**Zahlungsart:**

*Wiederkehrende Zahlung*

**Name des Zahlungspflichtigen:** (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

Antragsteller ( \_\_\_\_\_ )

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:** (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

Antragsteller ( \_\_\_\_\_ )

**IBAN des Zahlungspflichtigen:**

**BIC:**

\_\_\_\_\_

**Ort:**

**Datum: (TT.MM.JJJJ)**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

\_\_\_\_\_

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

---