

Historischer Verein Rheinessen  
Dr. Raoul Hippchen  
Kernerweg 10  
55129 Mainz

**Beitrittserklärung Historischer Verein Rheinessen e.V.**

Ich/Wir unterstützen die Ziele und Aktivitäten des Historischen Vereins Rheinessen e.V. und erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt mit einem Jahresbetrag von 15,00 Euro und einer Spende\* von ..... Euro. (\*Spendenbetrag gegebenenfalls eintragen).

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Beruf:

---

Straße:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

---

Ort, Datum und Unterschrift

Für den bequemen Einzug Ihres Jahresbeitrags finden Sie anhängend ein SEPA-Lastschriftmandat, das Sie mit der Beitrittserklärung per Mail an [historischervereinrheinessen@gmx.de](mailto:historischervereinrheinessen@gmx.de) oder postalisch an die angegebene Adresse senden können. Alternativ können Sie den Jahresbeitrag jährlich auf das untenstehende Konto des HVRh überweisen.

---

Historischer Verein Rheinessen e.V. - Bankverbindung:  
VR-Bank Alzey-Worms eG, IBAN: DE 13 5509 1200 0084 7004 01, BIC: GENODE61AZY

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

Historischer Verein Rheinhessen e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

Holunderstraße 7

**Postleitzahl und Ort:**

67578 Gimbsheim

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE20ZZZ00001264683

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

D E

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell