



Bundesverband Fenster-Türen-Fassaden
Sachverständiger e.V.

Hiermit beantrage ich die passive Mitgliedschaft im Bundesverband Fenster-Türen-Fassaden Sachverständiger e.V.

Antrag bitte ausfüllen und an folgende Nummer faxen: -----> **0941 - 599 526 13**

Meine Daten:

Vorname, Name:

PLZ, Ort:

Strasse, Hausnummer:

Tel:

Mail:

Der jährliche Mitgliedsbeitrag von derzeit 50,-€ soll von meinem Konto bei Fälligkeit abgebucht werden.

Hierzu erteile ich das SEPA-Lastschriftmandat auf der nächsten Seite dieses Antrages.
Ich kann jederzeit diese Ermächtigung widerrufen.

Mit Zahlung des passiven Mitgliedbeitrages bleibe ich für ein weiteres Jahr in der jeweilig für mich gültigen Expertenliste eingetragen.

Datum, Unterschrift

.....

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Bundesverband FTFS e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Yorckstraße 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
93049 Regensburg

Land / Country:
Deutschland / Germany

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE55ZZZ0000042568

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Bundesverband FTFS e. V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Bundesverband FTFS 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 **Bundesverband FTFS 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 **Bundesverband FTFS 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*

* Angabe freigestellt / Optional information

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):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: