



Qendra Islame Shqiptare „LËVIZJA“ - Schwäbisch Gmünd Islamisch albanisches Zentrum „LËVIZJA“ Schwäbisch Gmünd

Formular për antarsim / Mitglieder Formular

Emri/Name:		Mbiemri/Nachname:	
Ditëlindja/Geb.:		Vendi i lindjes/Geb. Ort:	
Komuna/Kreis:		Shteti/Land:	
Adresa/Adresse (D):		PLZ dhe Vendi/Ort:	
Telefon:		Profesioni/Beruf:	
Mobil:		Fax:	
E-Mail:		WhatsApp:	Po/Jo Ja/Nein
		Telegram (App):	Po/Jo Ja/Nein

ANTARË ME KONTO / Mitgliedern mit Konto

 Dauerauftrag
 Einzugsermächtigung

IBAN (Kontonumri):	
BIC (Bankleitzahl):	
Emri dhe vendi i Bankës/ Bank und Ort von Bank:	
Shuma/Summe:	

ANTARË BAR / Mitgliedern in Bar

Çdo muaj / Monatlich shuma / Summe:	Çdo tre muaj / Alle 3 Monate shuma / Summe:	Çdo gjashtë muaj / Alle 6 Monate shuma / Summe:	Një herë në vit / Jährlich shuma / Summe:
EUR	EUR	EUR	EUR

ANTARËT E FAMILJES / Familien Mitglieder

Emri Mbiemri/Name, Nachname	Ditëlindja dhe vendi / Geb. und Ort	Profesioni / Beruf

Data / Datum,

Vendi / Ort

Nënshkrimi / Unterschrift

Islamisch albanisches Zentrum „LËVIZJA“ Schwäbisch Gmünd e.V.

Kontakt:

Kryetar: Abdylrrahim Leci 0176 48 37 31 88

Nënkryetar: Urim Hasani 0176 89 08 73 76

Arkatar: Mentor Mehmeti 0176 42 14 72 3

Konto:

IBAN: DE21 6145 0050 1000 8996 36

BIC: OASPDE6AXXX

Kreissparkasse Ostalb

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Islamisch albanisches Zentrum „LËVIZJA“ e.V. | Mutlanger Str. 10 | 73527 Schwäbisch Gmünd

Bankverbindung

IBAN: DE21 6145 0050 1000 8996 36

| BIC: OASPDE6AXXX

Gläubiger - Identifikationsnummer

DE77ZZZ00001739345

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 den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlung

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Monatlich am 1. des Monats 15. des Monats

Jährlich am _____

Betrag in € _____, in Worten _____

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon/Mobil	
IBAN (max. 22 Stellen)	D E
BIC (8 oder 11 Stellen)	

Ort und Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.