

# Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.

Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.  
Dieter Bauernschmitt (1. Vorsitzender)  
Anstaltsgäßchen 11  
97437 Haßfurt  
Telefon: 09521-8788  
Fax: 09521-610607  
E-Mail: foerderverein.fchassfurt@gmx.de  
Bank: Sparkasse Ostunterfranken  
IBAN: DE43 7935 1730 0009 1071 52  
BIC: BYLADEM1HAS

## Spendenerklärung

---

Name	Vorname
------	---------

---

Straße	PLZ / Ort
--------	-----------

Hiermit erkläre ich mich bereit, dem Förderverein 1. FC Haßfurt e. V. in der nachfolgend angegebenen Form eine Spende zukommen zu lassen:

- Einmalige Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro
- Spende monatlich in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro
- Spende pro Quartal in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro
- Spende jährlich in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Ausstellung einer Spendenbescheinigung:  ja  nein

Zahlung der Spende:

- per SEPA-Lastschriftmandat (siehe Anhang)
- per Rechnung

---

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein 1. FC Haßfurt e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Anstaltsgäßchen 11

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

97437 Haßfurt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 9 4 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 3 3 4 9 5

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

\_\_\_\_\_

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above).

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):

D E \_\_\_\_\_

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:

Haßfurt

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

\_\_\_\_\_

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