

# Fremdenverkehrsverein Eppenbrunn



- » Unterkunftsverzeichnis
- » Wander- und Radtourenempfehlungen
- » Betreuung von Gruppen und Tagesausflügen
- » Ansprechpartner für Vermittlung von Unterkünften für Gruppenreisen
- » Seit 1976 Partner der Berufsbildenden Schule in Pirmasens
- » Zuständig für Vermittlung von Unterkünften für Auszubildende
- » Karten, Bücher, Aufkleber und Souvenirs

Fremdenverkehrsverein Eppenbrunn, Hauptstraße 2, 66957 Eppenbrunn

Hauptstraße 2 · 66957 Eppenbrunn  
Telefon: 06335 / 85 97 93  
kontakt@fremdenverkehrsverein-eppenbrunn.de

1. Vorsitzender: Günter Fiege  
Geschäftsführerin: Cornelia Persang

Bankverbindung:  
Sparkasse Südwestpfalz  
IBAN: DE29 5425 0010 0018 0014 61  
BIC: MALADE51SWP

Steuernummer: 35/669/00017  
Finanzamt Pirmasens

## MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Hiermit beantrage ich / wir eine Mitgliedschaft im  
Fremdenverkehrs- und Kneippverein Eppenbrunn e.V.

Ab \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ zum Mitgliedsbeitrag von:

- Einzelperson: \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr  
 Familie: \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr

Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Straße: .....

PLZ: .....

Wohnort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Mit meiner / unserer Mitgliedschaft erkenne/n ich / wir die  
Satzung und die Datenschutzerklärung des Fremdenverkehrs-  
und Kneippverein e.V. an.

Ich / wir willige/n ein, dass die freiwilligen Daten zu den  
vorgesehenen Zwecken verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

**Name des Zahlungsempfängers:**  
Fremdenverkehrs- und Kneippverein Eppenbrunn e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**  
Hauptstraße 2  
66957 Eppenbrunn

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
.....

**Mandatsreferenz:**  
.....

**für Mitgliedschaft von:**  
.....

- Name des Mitglieds/ Hauptmitglieds  
 Name der Einrichtung / des Betriebs

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von  
meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wei-  
sen wir unser Kreditinstitut an, die vom genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser  
Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Be-  
lastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit  
meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**  
.....

**Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

IBAN: .....

BIC: .....

Ort, Datum

Unterschrift(en)

des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)