Schützenverein 1967 Sechshelden e.V.
Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V,

Hiermit beantrage ich,

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

E-Mail:_____

☐ die Mitgliedschaft im Schützenverein 1967 Sechshelden e.V.

☐ die Mitgliedschaft im Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V.

☐ die Kündigung der Mitgliedschaft im Schützenverein 1967 Sechshelden e.V.

<u>Beitragshinweis:</u>
Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V.

Erwachsene	18,50 € Jahresbeitrag
Jugendliche bis 18 Jahre	frei

Schützenverein 1967 Sechshelden e.V.

Erwachsene	25,00 € .Jahresbeitrag

(Bei einer bestehenden Mitgliedschaft im Förderverein reduziert sich der Jahresbeitrag in Höhe von 25 € auf 6,50 €)

Jugendliche bis 18 Jahre	frei

Zahlungstermin: jährlich im November/Dezember

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten : _____
(bei jugendlichen unter 18 Jahren) Unterschrift

Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00002259629

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein Schützen 1967 Sechshelden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei, die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart : Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber) _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | |

Ort: _____, Datum | | | . | | | . | | | | |

Unterschrift Kontoinhaber _____

Schützenverein 1967 Sechshelden e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE04ZZZ00001222000

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Schützenverein 1967 Sechshelden e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Schützenverein 1967 Sechshelden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei, die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart : Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber) _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN:

BIC:

Ort: _____, Datum

		.			.				

Unterschrift Kontoinhaber _____