



BEITRITTSERKLÄRUNG

Name Vorname

PLZ / Wohnort Geburtsdatum

Str. / Nr. Mobil-Nr.

Email.

bei Familienbeitrag bitte auf der Rückseite die Familienmitglieder eintragen

Ich verpflichte mich zur regelmäßigen Beitragszahlung.

Diendorf, den (Unterschrift)

Mitgliedsnummer: intern

Beitragshöhe: ☐ 15 Euro / Jahr (Einzelperson ab 16 Jahren)

☐ 25 Euro / Jahr (Familienbeitrag mind. 2 Personen Kinder bis 18 Jahre inkl.)

bei Familienbeitrag bitte auf der Rückseite die Familienmitglieder eintragen

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 (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.

Am 15.02 einmal im Jahr zu Lasten meines Kontos,

IBAN BIC

Bank

den Diendorfer Kirwaleit bei der VR Bank Mittlere Oberpfalz eG gutschreiben

.....

.....

(Unterschrift)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

Diendorfer Kirwaleit e.V. IBAN- DE84750691710003207315 BIC- GENODEF1SWD

Zutreffendes bitte Eintragen

Name Vorname
PLZ / Wohnort Geburtsdatum
Str. / Nr. Mobil-Nr.
.....
Email.

Name Vorname
PLZ / Wohnort Geburtsdatum
Str. / Nr. Mobil-Nr.
.....
Email.

Name Vorname
PLZ / Wohnort Geburtsdatum
Str. / Nr. Mobil-Nr.
.....
Email.

Name Vorname
PLZ / Wohnort Geburtsdatum
Str. / Nr. Mobil-Nr.
.....
Email.