

St. Andreas Schützenverein Varenrode e.V.

Eintrittserklärung

Hiermit trete ich in den St.-Andreas Schützenverein Varenrode ein.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Vollmacht

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger St.-Andreas Schützenverein Varenrode eV (Gläubiger-Ident: DE82ZZZ00000284643) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger St.-Andreas Schützenverein Varenrode eV auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

IBAN (max 22 Stellen):

DE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

BIC: _____

Bank: _____

Diese Vollmacht gilt solange, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

Datum: ____ . ____ . 20 ____

Unterschrift: _____

Bitte den Antrag bei dem Kassenwart oder einem Vorstandsmitglied abgeben.