

Mitgliedsbeitrag über Lastschrift:

Vorname, Nachname:

Email:

Anschrift (Strasse, Hs-Nr., PLZ, Ort):

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Mitgliedsbeitrag:

☐ 15,00€ Bambini ☐ 20,00€ Schüler/Jugend ☐ 35,00€ Erwachsene

Mandatsreferenz:

Jährlicher Mitgliedsbeitrag Schützengesellschaft 1870 Eschlkam e.V.

Zustimmung

☐ Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger, SG 1870 Eschlkam e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der SG 1870 Eschlkam e.V auf mein (unsere) 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.

Datenschutz:

Die mit diesem Formular an uns übermittelten personenbezogenen Daten werden wir entsprechend der Datenschutzerklärung für Mitgliederdaten und des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten speichern und verarbeiten. Eine Übermittlung an Dritte findet nur im Rahmen der Datenschutzerklärung für Mitgliederdaten statt.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Name(n) der/der Mitglieder: