

# Schachgemeinschaft Phönix Gettorf von 1984 e.V.

## SEPA - Lastschriftmandat



**Name des Zahlungsempfängers:**

Schachgemeinschaft Phönix e.V. z.Hd. Manfred Stender

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Bäckerweg 3

24214 Neudorf – Bornstein

**Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins:**

DE 88 ZZZ 00000 123418

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger ausfüllen)**

Mitgliedsnummer:

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 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.

<b>Zahlungsart:</b>	<b>Abbuchungen zum</b>
<input type="radio"/> jährlich	(1. April)
<input type="radio"/> halbjährlich	(1. Januar / 1. Juli)
<input type="radio"/> vierteljährlich	(1. Januar / 1. April / 1. Juli / 1. Oktober)

**Die Höhe des Mitgliedsbeitrages der SG Phönix Gettorf von 1984 ev. beträgt:**

- 8.- € / Monat Einzelmitgliedschaft
- 5.- € / Monat ermäßigter Beitrag (Studenten, Grundwehr- und Zivildienstleistende, Rentner, Erwerbslose, Schwerbehinderte ab 50% Behinderung)
- 4.- € / Monat Jugendliche unter 18 Jahren
- 160.- € / Jahr Familienmitgliedschaft
- 3.- € / Monat förderndes Mitglied

**Einmalig** wird eine Aufnahmegebühr in Höhe des monatlichen Mitgliedsbeitrages fällig.

# Schachgemeinschaft Phönix Gettorf von 1984 e.V.

## SEPA - Lastschriftmandat



Name des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)

Straße: \_\_\_\_\_ Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

**DE** \_\_\_\_\_

**BIC ( 8 oder 11 Stellen)**

\_\_\_\_\_

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann jeweils schriftlich zum Monatsende erfolgen. Zu viel eingezahlte Beiträge werden zurück erstattet.

Ich erkläre mich mit der datentechnischen Erfassung der Daten der Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung einverstanden.

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)**

\_\_\_\_\_