

Harmonika-Verein Ilshofen e.V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Harmonika-Verein Ilshofen e.V.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Geb.Datum _____ Telefon _____

Orchester _____ E-mail _____

Beitragsform: (bitte ankreuzen)

Einzelmitgliedschaft **Jahresbeitrag 30,00 €**

Familienmitgliedschaft **Jahresbeitrag 45,00 €**

Kinder sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eingeschlossen,
danach erhalten sie automatisch die Einzelmitgliedschaft.

Familienmitglieder: (bitte bei Familienmitgliedschaft ausfüllen)

Name	Vorname	Geb.Datum	Orchester

Ort und Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Bankverbindung und Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftsmandat siehe Rückseite!!!!

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubigers):

Harmonikaveroin Ilshofen e.V.
Bahnhofstr. 18/1
74532 Ilshofen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00000095380

Mandat vom: _____

Mandatsreferenz: _____

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige(n) den Harmonikaveroin Ilshofen e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Harmonikaveroin Ilshofen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Harmonikaveroin Ilshofen e.V. von meinem/unserem 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.

Kontoinhaber : _____

Anschrift: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Fälligkeiten:

Jahresbeiträge werden jedes Jahr am 01. März eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende/Feiertag verschiebt sich die Fälligkeit auf den 1. darauf folgenden Werktag. Bitte sorgen Sie für ausreichende Kontodeckung.

Ort/Datum Unterschrift/en des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers):