Beitrittserklärung zum FC Alkofen e.V.

Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Eintrittsdatum _____

Email _____ Telefon / Handy _____

Beitrittsart Erwachsen | Jugendlich | Familie | Alleinerziehend ---- Aktiv | Passiv *(jeweils nicht zutreffendes streichen)*

Weitere Familienmitglieder *(Name, Vorname, Geburtsdatum, aktiv/passiv)* _____

_____

_____

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger: FC Alkofen e.V., Sommerau 17, 94474 Vilshofen a.d. Donau

Gläubiger Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000579335

Mandatsreferenz: _____ (Vergabe durch FC Alkofen)

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

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Kreditinstitut _____

IBAN DE___ ___|___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ |___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

BIC ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift