Schützenverein Schwagstorf e.V.
Bippenerstr.16 49584 Schwagstorf

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Schützenverein Schwagstorf e.V.

Vorname / Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	

Eintrittsdatum	
Unterschrift	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Schützenverein Schwagstorf e.V. fällige Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schützenverein Schwagstorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Name des Kontoinhabers	
Kreditinstitut (Name und BIC)	
IBAN	DE

Ort, Datum	Unterschrift (Kontoinhaber oder Bevollmächtigter)