



# St. Willibrord – Schützenbruderschaft Hassum e.V.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die St. Willibrord - Schützenbruderschaft Hassum.

Anrede: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Angaben zu den Kindern unter 18 Jahren:

Vorname 1. Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname 2. Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **SEPA – Lastschriftmandat:**

Zahlungsempfänger: St. Willibrordschützenbruderschaft, Seldersland 56 b, 47574 Goch-Hassum

Gläubiger-ID: DE76ZZZ00000338780

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Ich ermächtige die St. Willibrord-Schützenbruderschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung (Jahresbeitrag)

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (wenn von oben abweichend):

---

IBAN des Zahlungspflichtigen: - - - - - BIC - - - - -

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Ort, Datum,

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

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 (Name siehe oben) 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

manuell