

Förderverein *Maskenmuseum* Diedorf e.V.

Beitrittserklärung

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Wohnort:
Ortsteil:	
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	
Jahresbeitrag z.Z.: 12,00 € oder höherer Wunschbetrag:	

Ich ermächtige den Förderverein Maskenmuseum Diedorf, den Jahresbeitrag mittels Sepa-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Maskenmuseum Diedorf 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.

Jede Sepa-Lastschrift enthält die Mandatsreferenz Nr. die beim ersten Einzug festlegt wird.

Meine Bankdaten:

Kreditinstitut BIC _____|_____

IBAN DE__|__|__|__|__|__|__

Wenn sich Daten ändern werde ich den Verein benachrichtigen.

Ort, Datum und Unterschrift:.....