

BdP



**Pfadfinder-Förderkreis**

STAMM GRAF GEBHARD SULZBACH-ROSENBERG E.V.

per Adresse an  
Hans Ertl  
Wilhelm-Busch-Str. 1  
92237 Sulzbach-Ro.

### Beitrittserklärung

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

***Pfadfinder-Förderkreis Stamm Graf-Gebhard Sulzbach-Rosenberg e.V.***

Gleichzeitig ermächtige ich den Verein die fälligen Jahresbeiträge von zurzeit (bitte ankreuzen)

Euro 20,00 (Mindestbetrag)

Euro 10,00 (Familienbetrag, reduziert ab zweitem Mitglied)

Name des Hauptmitglieds \_\_\_\_\_

Euro \_\_\_\_\_ (anderer Betrag)

ohne Beitrag – aktives Mitglied im Stamm Graf-Gebhard

**Kontonummer:** siehe SEPA-Lastschriftsmandat

**Bank:** \_\_\_\_\_ - „ - \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_ - „ - \_\_\_\_\_

**mittels Lastschrift einzuziehen.**

Ich bin damit einverstanden, bis auf schriftlichen Widerruf, Einladungen und Informationen per E-Mail zugesandt zu bekommen.

**Sulzbach-Rosenberg, den** \_\_\_\_\_

**(Unterschrift)**

Mitgliederliste EDV erfasst: \_\_\_\_\_ Beitragseinzug lfd. Jahr erl.: \_\_\_\_\_

Der Pfadfinder-Förderkreis ist gemeinnützig. Alle Beiträge und Sach-/ Geldspenden sind als Sonderausgaben steuerlich absetzbar.

Bankverbindung:

IBAN: DE06 7525 0000 0380 4677 53 BIC: BYLADEM1ABG Sparkasse Amberg-Sulzbach

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**Name des Zahlungsempfängers:**

*Pfadfinder-Förderkreis Stamm Graf-Gebhard Sulzbach-Rosenberg e.V.*

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer:**

z. Hd. Lars Pachmann, Am Stadtpark 10

**Postleitzahl und Ort:**

92237 Sulzbach-Rosenberg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE40 ZZZ0 0000 0544 42

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):****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. 35 Stellen):**

D E

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt

**Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**