



VERBAND CHRISTLICHER  
PFADFINDERINNEN UND  
PFADFINDER

Hörstel | Stamm Cherusker



Förderverein Pfadfinden Hörstel

Westfalenstr. 3

48477 Hörstel

Nico Sasse

Linus Rehr

[foerderverein@vcp-hoerstel.de](mailto:foerderverein@vcp-hoerstel.de)

[www.vcp-hoerstel.de/foerderverein](http://www.vcp-hoerstel.de/foerderverein)

Förderverein Pfadfinden Hörstel - Westfalenstr. 3 - 48477 Hörstel

## Antrag auf Mitgliedschaft

Anrede \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

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

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft ist ab **70€ Mitgliedschaftsgebühr pro Jahr** möglich. Der Betrag kann nach oben beliebig angepasst werden. Diese werden für das aktuelle Jahr nach Aufnahme als Fördermitglied per SEPA-Lastschrift abgebucht. Für die Folgejahre werden die Beiträge jeweils zu Beginn des Jahres abgebucht.

### Individueller Mitgliedschafts-

Beitrag (optional) \_\_\_\_\_ €

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Organisation "VCP Hörstel e.V." zum Zweck der Vertragserfüllung im Rahmen der Mitgliedschaft hinterlegt, verarbeitet und genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

# 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):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):