



VERBAND CHRISTLICHER
PFADFINDERINNEN UND
PFADFINDER

Hörstel | Stamm Cherusker



Förderverein Pfadfinden Hörstel

Westfalenstr. 3

48477 Hörstel

Nico Sasse

Linus Rehr

foerderverein@vcp-hoerstel.de

www.vcp-hoerstel.de/foerderverein

Förderverein Pfadfinden Hörstel - Westfalenstr. 3 - 48477 Hörstel

Antrag auf Fördermitgliedschaft

Anrede _____

Vorname _____

Nachname _____

E-Mail-Adresse _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Die Mitgliedschaft ist ab **20€ 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):