

Beitrittserklärung

5611 Großarl, Marktplatz 1

Vorname: _____

Familienname: _____

Straße: _____

Postleitzahl - Ort: _____

Telefon - E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Zahlungsmöglichkeit Mitgliedsbeitrag:

Einziehungsauftrag

Bitte dazu das SEPA Lastschrift Mandat auf der Rückseite ausfüllen.

Zahlschein

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Sozialer Hilfsdienst Großarlal

Marktplatz 1

5611 Großarl

Creditor-ID: AT27ZZZ00000008374

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialen Hilfsdienst Großarlal, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialen Hilfsdienst Großarlal auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 Lastschrift
 einmalige Lastschrift

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name: _____

Anschrift: _____

IBAN: _____

Ort, Datum, Unterschrift