Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Seniorenakademie der Kath. Gesamtkirchengemeinden Sindelfingen / Böblingen

Aufnahmeerklärung

Hiermit trete ich in den Verein "Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Seniorenakademie der Kath. Gesamtkirchengemeinden Sindelfingen / Böblingen" ein. Der derzeitige Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 12 € pro Jahr.		
 Nan	ne	
 Ans	chrift	
Dat	um	
	e wählen Sie, ob Sie uns den Beitrag überweisen wollen oder ob Sie uns eine Ermächtigung SEPA-Basislastschrift erteilen wollen. Über jede zusätzliche Spende freuen wir uns.	
•	Überweisung: Ich überweise den Mitgliedsbeitrag von jährlich € auf das Konto der Katholischen Gesamtkirchenpflege Sindelfingen – Förderverein der Seniorenakademie: Konto-Nr. 94 94 53 bei der Kreissparkasse Böblingen (BLZ 603 501 30) IBAN: DE72 6035 0130 0000 9494 53, SWIFT-BIC: BBKRDE6BXXX	
0	Ermächtigung: Ich ermächtige die Katholische Gesamtkirchenpflege Sindelfingen zur Abbuchung meines Mitgliedsbeitrages von jährlich € für den gemeinnützigen Förderverein der Seniorenakademie – jeweils am 5. Juli. Füllen Sie bitte dazu das Formblatt auf der Rückseite aus.	
	Bitte wenden	

Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Seniorenakademie Goldbergstraße 24 71065 Sindelfingen

Tel.: 07031/41059-20

www.goldberg-seniorenakademie.de

Gemeinnütziger Verein zur Förderung der Seniorenakademie der Kath. Gesamtkirchengemeinden Sindelfingen / Böblingen

Mandat

 $Zum\ Einzug\ von\ Forderungen\ mittels\ SEPA-BASISLASTSCHRIFT$

Bitte ausgefüllt zurück an den Zahlungsempfänger:	Gläubiger-Identifikationsnummer		
Name und Adresse des Zahlungsempfängers	DE91 ZZZ 000 008 31367		
Katholische Gesamtkirchenpflege Kath. Verwaltungszentrum Sindelfinger Str. 16	Mandatsreferenz 4021 1220 1600		
71032 Böblingen			
Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich o.g. Zahlungsempfänger wiederkehrend Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift ein- zuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschriften einzu- lösen. Dieses Mandat ist gültig.	Hinweis: Ich bin (wir sind) berechtigt von meinem konto- führenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein (unser) Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Name und Adresse des Zahlungspflichtigen	IBAN des/der Zahlungspflichtigen		
	BIC des kontoführenden Kreditinstitutes (8- oder 11-stellig)		
	Kontoführendes Kreditinstitut		
Ort, Datum	Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger		
Zusätzliche Angaben beim vom Kontoinhaber abweichenden Schuldner: Dieses SEPA-Basislastschriftmandat gilt für die Vereinbarung/den Vertrag mit (Vorname und Name)			