



Menü für Zuhause

Sind Sie Vereinsmitglied der
Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e. V.

ja nein

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Falls Sie das Lastschriftmandat wünschen, bitte den nachstehenden Teil vollständig ausfüllen:

SEPA-Lastschriftmandat

Einrichtung: Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e. V.,
Vor Ebersbach 1, 77761 Schiltach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ00000370906

Ich ermächtige obige Einrichtung Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von obiger Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: _____ Kreditinstitut, BIC _____
(Kontoinhaber)
Straße, Hausnr.: _____ IBAN: _____
PLZ, Ort: _____
Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzerklärung: Mit dieser Erklärung willige ich ein, dass die Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e. V. sämtliche zur Verwaltung meiner Abrechnung erforderlichen Daten (d. h. alle Daten aus dieser Erklärung) zu diesem Zweck speichern, verarbeiten und nutzen darf. Die Löschung der Daten erfolgt erst nach Beendigung der Leistungsanspruchnahme im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____