circuszentrum BALLONI e.V.

Doyenweg 15 59494 Soest

Kassierer:
Thomas Schnabel
t.schnabel@circuszentrum.de
Tel.: 02921/94 77 30

Eintrittsdatum	Mitgliedsnummer

Wird vom Circuszentrum ausgefüllt

Ich möchte dem Förderverein des Circuszentrum Balloni beitreten

Name		Geburtsdatum
Straße	PLZ	Ort
Telefon	E-mail	@

Ich unterstütze den Verein mit monatlich 2,50 €, plus _____€ als monatliche Spende.

Der Jahresbeitrag beträgt mind. 30,00€ im Jahr. Die Mitgliedschaft im Förderverein kann 3 Monate vor Ablauf eines Kalenderjahres gekündigt werden. Sie verlängert sich um ein Jahr, wenn die Kündigung nicht fristgerecht eingeht.

Alle Änderungen, Anmeldungen oder Kündigungen, etc. sind nur gültig, wenn sie dem Kassierer schriftlich (per Post oder Email) mitgeteilt werden.

Soest, **Unterschrift**_____

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Circuszentrum Balloni e.V.
Doyenweg 15
59494 Soest
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE40ZZZ00000519460

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers] **Circuszentrum Balloni e.V.** ,
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Circuszentrum Balloni e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN D E	
Ort, Datum	Unterschrift(en)