

SEPA-Lastschriftmandat



Ich ermächtige den TRAILS 59 e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TRAILS 59 e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

Für Mitglied: _____
(Vor- & Nachname)

- Jugendliche bis 18 Jahre (60 €) / jährlich
- Jugendliche bis 18 Jahre (30 €) / halbjährlich
- Erwachsene ab 18 Jahren (120 €) / jährlich
- Erwachsene ab 18 Jahren (60 €) / halbjährlich

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

_____, den _____
Ort, Datum und Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00002406509

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.