



BürgerBus Syke e.V., Postfach 21 01, 28852 Syke

BürgerBus Syke e.V.
Heiner Kehlenbeck
Krusenberg 14

28857 Syke

Beitrittserklärung

zum (Datum):

- Einzelmitgliedschaft (40,- €/Jahr)
 Familienmitgliedschaft (70,- €/Jahr)
 Firmen, Vereine (60,- €/Jahr)

Bei Eintritt in der zweiten Jahreshälfte ist nur der halbe Jahresbeitrag zu entrichten.

Ich bin auch interessiert, als ehrenamtlicher Kleinbus-Fahrer mitzumachen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail _____

Unterschrift: _____

Bei Familienmitgliedschaften: weitere Familienmitglieder:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____

**Bitte unbedingt auch Seite 2 (Erteilung einer Einzugsermächtigung...)
mit Ihrem Abbuchungskonto ergänzen und unterschreiben.**

BürgerBus Syke e.V.

Kontakt:
Postfach 2101
28852 Syke

www.buergerbus-syke.de
info@buergerbus-syke.de

Kreissparkasse Syke
Konto 111 0214 200 BLZ 291 517 00
IBAN: DE1629151700111021400
BIC BRLADE21SYK

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

BürgerBus Syke e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Postfach 2101

Postleitzahl und Ort:

28852 Syke

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE36ZZZ00000113296

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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 Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

Oder:

Kontonummer: _____

BIC

Bankleitzahl: _____

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):