



---

BürgerBus Syke e.V.

Postfach 2101

**28852 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: \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w/d): \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei Familienmitgliedschaften: weitere Familienmitglieder:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w/d): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w/d): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w/d): \_\_\_\_\_

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

---

**BürgerBus Syke e.V.**

Postfach 2101  
28852 Syke

[www.buergerbus-syke.de](http://www.buergerbus-syke.de)  
[info@buergerbus-syke.de](mailto:info@buergerbus-syke.de)

Kreissparkasse Syke  
Konto 111 0214 200 BLZ 291 517 00  
IBAN: DE16 2915 1700 1110 2142 00  
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):**