



83701 Gmund am Tegernsee
Postfach 1191
Telefon
08021/9016192
Telefax
08021/5064396

Raiffeisenbank
Gmund am Tegernsee
IBAN DE41701693830000625914
BIC GENODEF1GMU

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt
zur Schutzgemeinschaft Tegernseer Tal e. V.
Der Jahres-Mitgliedbeitrag beträgt 15,00 €.
Die Mitgliedschaft ist zum Ende des Jahres kündbar.

Titel, Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Straße und Hausnummer

<input type="text"/>

Postleitzahl, Ort

<input type="text"/>

Telefon

Fax

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Mobil

E-Mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name des Zahlungsempfängers

Schutzgemeinschaft Tegernseer Tal e. V.

Straße und Hausnummer des Zahlungsempfängers

Postfach 1191

Postleitzahl und Ort des Zahlungsempfängers

83701 Gmund am Tegernsee

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE79SGT00001411352

Mandatsreferenz

ID-

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), von meinen / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

BIC (8 oder 11 Stellen) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

	____.____.____
--	----------------

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)