

Beitrittserklärung



FREUNDESKREIS DER
DEUTSCHEN BLINDENFUSSBALL-
NATIONALMANNSCHAFT e.V.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

FDBFN · Freundeskreis der Deutschen Blindenfußball- Nationalmannschaft e.V.

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mein **jährlicher Mitgliedsbeitrag** in Höhe von

- 50,-- Euro (Mindestbeitrag)
- _____ Euro
- ich möchte gern einmalig _____ Euro spenden

wird von meinem Konto abgebucht (SEPA-Lastschrift, s. u.) oder von mir überwiesen auf:
Konto: „Freundeskreis der Deutschen Blindenfußball-Nationalmannschaft e.V.“
IBAN: DE67 2605 0001 0056 0440 19 (Sparkasse Göttingen)

Datum und Unterschrift (Mitgliedschaft)

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Freundeskreis der Deutschen Blindenfußball-Nationalmannschaft e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis der Deutschen Blindenfußball-Nationalmannschaft e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____

Konto: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Name und Anschrift

Datum und Unterschrift (SEPA Lastschriftmandat)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00001449015
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Bitte dieses Formular **abschicken an:**

FDBFN · Freundeskreis der Deutschen
Blindenfußball-Nationalmannschaft e.V.
c/o Dr. Rolf Husmann
Charlottenburger Str. 11c · 37085 Göttingen