



Stadtseniorenrat Crailsheim e.V., Spitalstr. 2a

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den „Stadtseniorenrat Crailsheim e.V.“
die von mir / uns zu entrichtenden Beiträge jährlich zum 15.02. von meinem Konto einzuziehen.
Diese Erklärung ist bis zum schriftlichen
Widerruf oder Austritt aus dem Verein gültig. Ich / 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.

Fällige Mitgliedsbeiträge:

18,00€ für natürliche Personen

25,00€ für Ehepaare

Name/Geburtsdatum des Partners: _____

30,00€ für Vereine u. Institutionen
(bitte ankreuzen)

Name / Vorname: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN-Code: _____

BIC: _____

_____ (Datum) (Unterschrift)

Vorsitzende:
Gabriele Sengstock
Theodor-Storm Str. 16
74564 Crailsheim
Tel: 07951/6499

stellv. Vorsitzende:
Gerlinde Litak
Margaretenstr. 9
74564 Crailsheim
Tel: 0795126643

stellv. Vorsitzende:
Gerlinde Frey
Wilhelm-Frank Str. 33
74564 Crailsheim
Tel: 07951/4717647

Bankverbindungen:
KSK SHA-Crailsheim
Gläubiger ID: DE36SCR00001421535
IBAN: DE68622500300001503269
BIC: SOLADES1SHA