

# Beitrittserklärung

5611 Großarl, Marktplatz 1

---

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl - Ort: \_\_\_\_\_

Telefon - E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **Zahlungsmöglichkeit Mitgliedsbeitrag:**

Einziehungsauftrag

Bitte dazu das SEPA Lastschrift Mandat auf der Rückseite ausfüllen.

Zahlschein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (Name, Anschrift):

Sozialer Hilfsdienst Großarlal

Marktplatz 1

5611 Großarl

Creditor-ID: AT27ZZZ00000008374

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialen Hilfsdienst Großarlal, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialen Hilfsdienst Großarlal auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 Lastschrift  
 einmalige Lastschrift

ZAHLUNGSPFLICHTIGER:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift