**SEPA – Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den

„Deutsch Kurzhaar Klub Mecklenburg-Vorpommern e.V.“

jeweils zum 01.03. jeden Jahres, erstmalig für das Jahr \_\_\_2024\_\_\_\_\_, meinen Jahresbeitrag von z.Zt. 30,00 € im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen:

|  |  |
| --- | --- |
| Bank |  |
| IBAN-Nr. |  | Swift-BIC: |  |
| Konto-inhaber |  |
| Gläubiger-Ident-Nr: DE 24ZZZ00002189991 |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum / Unterschrift

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Bitte ausgefüllt an den Kassenwart schicken oder auf der Jahreshauptversammlung abgeben:

 Annerose Ellwitz, Feldstraße 9, 17126 Jarmen 🕿 039997/10690

 **SEPA – Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den

„Deutsch Kurzhaar Klub Mecklenburg-Vorpommern e.V.“

jeweils zum 01.03. jeden Jahres, erstmalig für das Jahr \_\_\_2024\_\_\_\_\_, meinen Jahresbeitrag von z.Zt. 30,00 € im Lastschriftverfahren von meinem Konto einzuziehen:

|  |  |
| --- | --- |
| Bank |  |
| IBAN-Nr. |  | Swift-BIC: |  |
| Konto-inhaber |  |
| Gläubiger-Ident-Nr: DE 24ZZZ00002189991 |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum / Unterschrift

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Bitte ausgefüllt an den Kassenwart schicken oder auf der Jahreshauptversammlung abgeben:

 Annerose Ellwitz, Feldstraße 9, 17126 Jarmen 🕿 039997/10690