

Name, Vorname

Name, Vorname (Erziehungsberechtigter)

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtstag

Mobilnummer

Telefon

E-Mail

Beruf

Hobby

Datum der 1. Chorprobe

Wie bist du auf unseren Chor aufmerksam geworden?

Der Chorbeitrag beträgt: 19,00 € monatlich für Erwachsene
 13,00 € monatlich für Schüler, Studenten, Familienangehörige

Der Chorbeitrag wird zum 15. eines Monats bis auf schriftlichen Widerruf eingezogen.
 Die Anmeldung wird ausschließlich in Verbindung mit der Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates gültig und rechtsverbindlich. > Rückseite bitte vollständig ausfüllen. Danke.



© WDR/Melanie Grande

Ich stimme der Veröffentlichung der von mir/ meinem Kind (siehe oben) gemachten Ton- und Bildaufnahmen zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Ton- oder Bildaufnahmen im Rahmen der Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Schoenefeldt Chores für Pressemitteilungen und andere Veröffentlichungen, wie die Darstellung im Internet verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Stefan Schoenefeldt/ Schoenefeldt Chor

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Bahnhofsplatz 1

Postleitzahl und Ort:

59269 Beckum

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE58ZZZ00000426889

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**