



## Antrag auf Familienbeitrag

Hiermit stellen wir den Antrag auf Familienbeitrag,

### Vater

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

### Mutter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

### Kind 1

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Kind 2

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Kind 3

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Kind 4

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

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

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

**X**

Unterschrift

\* bei Minderjährigen Unterschrift der/des Sorgeberechtigte/en

**HINWEIS:** Der Familienbeitrag wird mit der nächsten Jahresbeitragsabrechnung berücksichtigt. Bei Wegfall der entsprechenden Voraussetzungen verliert diese Vereinbarung Ihre Gültigkeit, und der volle Beitrag für Mitglieder ab 18 Jahren wird fällig.

Vereinsinterne Bearbeitung:									
Antragseingang	Zustimmung Vereinsausschuss	EDV Erfassung							

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

**Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Schützengesellschaft 1549 Tirschenreuth e.V.**  
**Kornbühlstr. 3a**  
  
**95643 Tirschenreuth**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE87ZZZ00000138374**

Mandatsreferenz

**6 0 5 0 1 7** \_ \_ \_ \_ \_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Schützengesellschaft 1549 Tirschenreuth e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Schützengesellschaft 1549 Tirschenreuth e.V. 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.

Kontoinhaber Vorname, Name

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

**DE** \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

Falls Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller (Schuldner)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

Vorname, Name

Bemerkung:

Die fälligen Mitgliedbeiträge werden jeweils zum 15. Januar eingezogen.

Kontoänderungen müssen rechtzeitig schriftlich angezeigt werden.

Eventuelle Kosten im Fall der Nichteinlösung für Rücklastschrift, gleich aus welchem Grund gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Ort, Datum

Unterschrift

**X**