

MEIN VEREIN - MEINE STADT - MEINE LIEBE

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Spvgg Erkenschwick 1916 e.V.

**Postfach 1344
45739 Oer-Erkenschwick**



Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Spvgg Erkenschwick 1916 e.V.

Zahlungen in Höhe von **19,16 €** monatlich **oder** ____ € monatlich von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Spvgg Erkenschwick 1916 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BLZ

Kontonummer

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)