

Monatspauschale

zwischen Aktivspielplatz Räuberbande e.V. und

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/ Ort:
Geburtsdatum:	Beginn des Vertrags (Monat):

Monatlicher Beitrag:

- Für ein Kind 15,00 €
- Für zwei Kinder 25,00 €
- Für drei Kinder 30,00 €
- _____

Zahlungsweise:

- Sepa-Lastfrist**
Hiermit ermächtige ich – bis auf Widerruf – den Verein Aktivspielplatz Räuberbande e.V., die für mein Konto bestehende Zahlungsverpflichtung mittels Lastschriftinzugsverfahren zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Kontoinhaber*in

Bank

IBAN

BIC

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Adress- und Kontodaten sowie die Gebührenordnung.

Ort/Datum

Unterschrift

Unterschrift (Vorstandschaft)