Pilzkundliche Arbeitsgemeinschaft Friedrichshafen

Geschäftsstelle: Sonnenweg 10 , 88085 Langenargen-Oberdorf
Tel. 07543/3612

Antrag auf

Mitgliedschaft bei der "PilzkundlichenArbeitsgemeinschaft Friedrichshafen."

(Jahresbeitrag 10,- Euro)

Die Mitgliedschaft soll beginnen ab dem Kalenderjahr: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
(für eventuelles Familienmitglied)

Email: _____ Telefon: _____

PLZ / Wohnort: _____

Straße / Hausnummer: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-Identifikationsnummer : DE91ZZZ00000322311
Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich ermächtige die Pilzkundliche Arbeitsgemeinschaft Friedrichshafen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pilzkundlichen Arbeitsgemeinschaft Friedrichshafen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Margherita Topp

Pilzkundliche Arbeitsgemeinschaft Friedrichshafen
Sonnenweg 10
88085 Langenargen-Oberdorf