

Boxzentrum Münster e.V.
Schiffahrter Damm 319 48157 Münster
Bundesstützpunkt Nachwuchs Sportart Boxen
Sozial-integratives Projekt Farid's Qualifighting

Gläubigeridentifikationsnummer: DE90ZZZ00001757735,

Mandatsreferenz: _____ **Mitglieds-Nr.** _____ (wird von uns ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Boxzentrum Münster e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Boxzentrum Münster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Achtung: bei Nichteinlösung entstehen Gebühren in Höhe von € 10,00, die an Sie weiter belastet werden.**

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.

Nachname und Vorname des Mitglieds:

Nachname und Vorname des Konto-Inhabers:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name der Bank und BIC)

IBAN-Nr.

Mitgliedsbetrag in EUR vierteljährlich

Datum, Ort und Unterschrift

BITTE in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen! Danke!