



# SSC-09 Neuwied e.V.

Luisenstraße 5a  
56587 Straßenhaus  
Tel. 02634 - 5278



## EINTRITTS-ERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im:

**"SSC-09 Neuwied e.V."**

meine Mitgliedsnr.: (wird vom Verein vergeben )

ab dem: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mailadresse .....@.....

**Der Beitrag beträgt z.Zt. monatlich für aktive Mitglieder: 7,50 €**

**Der Beitrag beträgt z.Zt. monatlich für inaktive Mitglieder: 2,50 €**

**Der Beitrag beträgt z.Zt. monatlich für Mitglieder mit Verordnung: 3,50 €**

[www.ssc09-neuwied.de](http://www.ssc09-neuwied.de)  
[info@ssc09-neuwied.de](mailto:info@ssc09-neuwied.de)

# SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers **SSC-09 Neuwied e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer **Luisenstraße 5a**

Postleitzahl und Ort **56587 Straßenhaus**

Land **DE**

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE77SSC00000278622**

## Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (an jedem 1. Werktag eines Quartals)**

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

---

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

---

Land, Postleitzahl und Ort:

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

DE 

---

BIC (8 oder 11 Stellen):

---

Ort, Datum ( TTMMJJ)

---

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

---