

Name, Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtstag

Mobilnummer

Telefon

E-Mail

Beruf

Hobby

Datum der 1. Chorprobe

Wie bist du auf unseren Chor aufmerksam geworden?

Der Chorbeitrag beträgt monatlich 20,44 € (13,99 € für Schüler, Studenten und Familienangehörige). Der Chorbeitrag wird zum 15. eines Monats bis auf schriftlichen Widerruf eingezogen. Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate. Der Eingang der Kündigung hat schriftlich bis spätestens zum 3. Werktag eines Monats zu erfolgen.

Die Anmeldung wird ausschließlich in Verbindung mit der Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates gültig und rechtsverbindlich. > [Rückseite](#) bitte vollständig ausfüllen. Danke.



© WDR/Melanie Grande

Ich stimme der Veröffentlichung der von mir (siehe oben) gemachten Ton- und Bildaufnahmen zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Ton- oder Bildaufnahmen im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Schoenefeldt Chores für Pressemitteilungen und andere Veröffentlichungen, wie die Darstellung im Internet verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Stefan Schoenefeldt/ Schoenefeldt Chor

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Bahnhofsplatz 1

Postleitzahl und Ort:

59269 Beckum

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE58ZZZ00000426889

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**