



Sozialdienst Olching e.V.

Feursstr. 50 Tel. 08142-650539-0

Beitrittserklärung

Anrede _____ Familienname _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ Tel.-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____ Geb.Dat. _____

Beruf _____ Ich zahle € _____

Mindestbeitrag pro Person und Jahr 25 €

Email _____

Ehepaare 42 €

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Sozialdienst Olching e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen jährlich bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____ Bank _____

Kontoinhaber, wenn vom Mitgliedsnamen abweichend _____

Datum _____

Unterschrift _____

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht
identisch mit nebenstehender Unterschrift