



---

## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt

zum

Förderverein des SFZ Schöllnach-Osterhofen  
94486 Osterhofen

---

Name, Vorname

---

Straße

---

PLZ, Wohnort

---

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

E – Mail – Adresse



---

## **Einzugsermächtigung**

Ich bin/wir sind einverstanden,

- dass der jährliche Mindestbeitrag in Höhe von derzeit 15,00 €
- dass folgender Beitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_

bis auf Widerruf bei Fälligkeit von nachstehendem Konto abgebucht werden soll.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname

---

Straße

---

PLZ, Wohnort