

**Antrag auf Mitgliedschaft  
Erteilung einer Einzugsermächtigung**

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zum Verein  
**„Freunde und Förderer der Offenen  
Behindertenarbeit Schweinfurt e.V.“**



Freunde und Förderer der  
Offenen BehindertenArbeit Schweinfurt e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE72ZZZ00000067446

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

**(Mindest-)Jahresbeitrag: 20,00 EURO**

Ich erkläre mich bereit  
folgenden Jahresbeitrag zu leisten:

Name

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail privat

Datum:

Unterschrift:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger den von  
mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag durch  
Lastschrift von meinem Konto einzuziehen

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

---

BIC (11 Stellen)

---

Datum

Unterschrift