

Kleingärtnerverein Hospitalwiesen e.V. Celle
Allerkampstraße 6
29223 Celle

Telefon	0160 1873396
Handy	
E-Mail	info@hospitalwiesen.de

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Kleingärtnerverein Hospitalwiesen e.V. Celle **jederzeit widerruflich**, die unter der Gartenummer bzw. der lfd. Nummer als Fördermitglied zu zahlenden Beträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Bankkontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Bitte vollständig ausfüllen!

Gartenummer:	Nummer als Fördermitglied:
--------------	----------------------------

Mitglied:

Familienname:	
Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefon oder Handy:	
E-Mail Adresse:	

Konto:

Kontoinhaber/in, Name:		Vorname:
IBAN: DE	BIC	Geldinstitut/ Name der Bank

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das Institut keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen. Kosten, die der Zahlungsempfängerin auf Grund von Nichteinlösung entstehen, gehen zu Lasten des/der Zahlungspflichtigen.

Ort, Datum:	Unterschrift
-------------	--------------