

OCR Frankfurt e.V., Graf-von-Stauffenberg-Allee 83, 60438 Frankfurt

## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

die Mitgliedschaft beim OCR Frankfurt e.V..

### Jahresbeitrag:

(wird jährlich bis 01.04. im Voraus abgebucht)

Erwachsene: 80,00 €

Ermäßigt: 40,00 €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ges. Vertreter bei Minderjährigen

OCR Frankfurt e.V., Graf-von-Stauffenberg-Allee 83, 60438 Frankfurt

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE55ZZZ00001997858

## SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger OCR Frankfurt e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger OCR Frankfurt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:  
(Kontoinhaber) .....

IBAN: .....

BIC: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber