

Einzugsermächtigung

NAME, VORNAME:

Diese Einzugsermächtigung schicken Sie bitte an:
info@MSC-Oberflockenbach.de

STRASSE UND HAUSNUMMER:

PLZ, WOHNORT:

START DER MITGLIEDSCHAFT:

NAME UND SITZ DES BEAUFTRAGTEN KREDITINSTITUTS:

NAME DES KONTOINHABERS:

IBAN:

BIC:

ZAHLUNGSWEISE:

- ☐ Monatlich **15,50€**
☐ Halbjährlich **93,00€**
☐ Jährlich **186,00€**

ZAHLUNGSWEISE (FREIER BETRAG):

- ☐ Monatlich _____ €
☐ Halbjährlich _____ €
☐ Jährlich _____ €

UNTERSCHRIFT DES KONTOINHABERS:

DATUM:

Stand: 15.09.2025