



# Zahlungsvereinbarung Gastspringer

## Fallschirm-Sport-Zentrum Haßfurt e.V.

### Allgemeine Angaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ: Wohnort:	Geburtsort:
E-mail privat:	Telefon privat:	

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit erteile ich/erteilen wir bis zu meinem/unserem Widerruf dem Fallschirm-Sport-Zentrum Haßfurt e.V. ein SEPA-Lastschriftmandat für alle von mir/uns verursachten Gebühren und Kosten. Dieses Mandat gilt für mein/unser Konto:

IBAN:	BIC:
Kreditinstitut:	

Die Mandatsnummer wird separat mitgeteilt.

Haßfurt, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Barzahlung

Nichtteilnahme am SEPA-Lastschriftmandat erfordert das Hinterlegen einer Kautions.

Kautions erhalten am:	In Höhe von (EUR):	Name/Unterschrift FSZ-Vertreter:
Kautions zurückerhalten am:	In Höhe von (EUR):	Unterschrift Gastspringer:

### Zahlung per EC-Cash

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus Sicherheitsgründen eine Kopie meiner EC-Karte angefertigt wird.

Haßfurt, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ausgefülltes Formular an: Kassenwart, Pflege Abbuchungsprogramm, Ablage Ordner Gastspringer