

**Freundeskreis**  
**des Musikzuges der ASG Nütterden**



Ich erkläre mich bereit, im Freundeskreis den Musikzug der ASG Nütterden finanziell zu fördern:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Ich möchte den Musikzug unterstützen mit einem **jährlich** gleichbleibenden Betrag von

- |                              |       |                              |       |                              |       |
|------------------------------|-------|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> EUR | 10,00 | <input type="checkbox"/> EUR | 20,00 | <input type="checkbox"/> EUR | 25,00 |
| <input type="checkbox"/> EUR | 40,00 | <input type="checkbox"/> EUR | 50,00 | <input type="checkbox"/> EUR | _____ |

2. Ich möchte den Musikzug unterstützen mit einem **monatlich** gleichbleibenden Betrag von

- |                              |       |                              |       |                              |       |
|------------------------------|-------|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> EUR | 2,00  | <input type="checkbox"/> EUR | 4,00  | <input type="checkbox"/> EUR | 5,00  |
| <input type="checkbox"/> EUR | 10,00 | <input type="checkbox"/> EUR | 15,00 | <input type="checkbox"/> EUR | _____ |

3. Ich möchte den Musikzug unterstützen mit einem **einmaligen** Betrag von

EUR \_\_\_\_\_ .

4. Ich bitte um eine Spendenquittung

ja     nein

---

**Erteilung eines SEPA -Lastschriftmandates**

( ersetzt das bekannte Lastschriftverfahren)

Zahlungsempfänger: Freundeskreis des Musikzuges der ASG Nütterden  
Gläubiger-Identifikationsnummer : DE39ZZ700000899039  
Mandatsreferenznummer: Mitgliedsnummer

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Freundeskreis hiermit widerruflich, o.g. Zahlung(en) von meinem/unserem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname des Kontoinhabers : \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend) \_\_\_\_\_

IBAN : DE \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kredit-Institut: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kontoinhaber / Förderer)