



## Änderung der persönlichen Daten

Mitgliedsnummer
-----------------

Bei Familienbeitritten ist für **jedes Familienmitglied** eine Beitrittserklärung auszufüllen!

Wird vom Verein ausgefüllt!

Ich gebe hiermit dem Postsportverein e.V. Lauenburg/Elbe folgende Änderungen

als	aktives / passives *	Mitglied bekannt.	* nichtzutreffendes bitte streichen
Beitrittsdatum	_____	Abteilung	_____
Vorname	_____	Nachname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
PLZ, Wohnort	_____	Straße Nr.	_____
Telefon	_____		
e-mail	_____	@	_____

Die fälligen Mitgliedsbeiträge werden mittels **SEPA-Lastschrift** eingezogen.

Zahlungsweise	<b>vierteljährlich</b>
Beitragsart	<b>Familien / Erwachsene / Jugendliche / Passive *</b> (Jugendliche = Jugendliche, Schüler, Studenten, Auszubildende, Zivil- u. Wehrdienstleistende)

Änderungen der persönlichen Daten (Name, Anschrift, Telefon, e-mail oder Bankverbindung) sind dem Postsportverein unverzüglich schriftlich mitzuteilen! Die gültige Satzung ist im Internet nachzulesen oder beim Abteilungsvorstand einzusehen!

_____ Ort , Datum	_____ Rechtsverbindliche Unterschrift (bei Minderjährigen: die/der Erziehungsberechtigte/n)
_____ Ort , Datum	_____ Unterschrift Abteilungsleiter/in

## SEPA – Lastschrift (Einzugsermächtigung)

Für den Beitragseinzug bitte auch das Formular SEPA-Lastschriftmandat auf der 2. Seite ausfüllen.



---

**SEPA-Lastschriftmandat**

---

Name des Zahlungsempfängers: **Postsportverein e.V. Lauenburg/Elbe**

Anschrift des Zahlungsempfängers  
Straße und Hausnummer: **Heisterkoppel 12**

Postleitzahl und Ort / Land: **21481 Lauenburg/Elbe / BR Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE09PSV00000325533**

Mandatsreferenz: **Mitgliedsnummer**

---

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Postsportverein e.V. Lauenburg / Elbe** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Postsportverein e.V. Lauenburg / Elbe** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

---

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

---

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)  
Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort / Land: \_\_\_\_\_

---

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen): \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

---

Name des Vereinsmitglieds: \_\_\_\_\_  
(Falls abweichend vom Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber)

---

---

Ort	Datum	Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
-----	-------	---

---