

# Marianische Männerkongregation Altötting



Marianische Männerkongregation · Postfach 1240 · 84496 Altötting

Papst-Benedikt-Platz 1  
84503 Altötting  
Tel.: 0 86 71/67 40  
Fax: 0 86 71/52 43

e-mail: [info@mc-altoetting.de](mailto:info@mc-altoetting.de)  
[www.mc-altoetting.de](http://www.mc-altoetting.de)

## Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt zur Marianischen Männerkongregation Altötting und möchte mich unter den Schutz der Mutter Gottes stellen. Als Sodale Mariens will ich mithelfen, unseren Glauben lebendig zu halten.

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Pfarrei: \_\_\_\_\_

Zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Beitragsabbuchung werden ihre Daten bei Marianische Männerkongregation Altötting gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www.mc-altoetting.de](http://www.mc-altoetting.de). Mit der Bekanntgabe meiner eMail-Adresse erkläre ich bis auf Widerruf mein Einverständnis, Informationen über die Marianische Männerkongregation Altötting und deren Veranstaltungen per eMail zu erhalten.

Ich bin bereit, ein Jahresopfer (Mindestbeitrag derzeit 12,00 €) in Höhe von: \_\_\_\_\_ zu zahlen.

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (wiederkehrende Zahlungen)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) <b>Marianische Männerkongregation Altötting Papst-Benedikt-Platz 1, 84503 Altötting</b>	Name, Vorname des Zahlungspflichtigen
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) <b>DE5300200000221242</b>	Mandatsreferenz (wird von der Männerkongregation ausgefüllt u. mitgeteilt*)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Marianische Männerkongregation Altötting auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Den Mitgliedsbeitrag buchen wir jährlich bis auf Widerruf von Ihrem o.a. Konto ab. Der Jahresbeitrag wird jährlich zum 1. Februar eingezogen.

IBAN <b>DE</b> _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _	BIC
genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts	
Ort, Datum	Unterschrift

Interner Vermerk: in Mitgliederverzeichnis eingetragen, Datum/Handzeichen: \_\_\_\_\_

In SEPA-Programm erfasst, Datum/Handzeichen: \_\_\_\_\_