

Beitrittserklärung

Vorname, Name*:

Straße Hausnr.*:

PLZ Wohnort*:

E-Mail*:

Telefon:

Betrag pro
Kalenderjahr*: 12€ 25€ 50€ € (mind. 12€)
.....

Der Einzug erfolgt jährlich zum 01. Juni. Bei neuen Mitgliedern, deren Eintrittsdatum nach dem 01. Juni liegt, erfolgt der Einzug einmalig zum 01. Dezember. Für die Bewilligung des Mitgliedschaftsantrages ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zwingende Voraussetzung (siehe Rückseite). Die mit * markierten Felder sind Pflichtangaben.

Aufnahme in den Förderverein der Kurpfalz-Grundschule Schriesheim zum

Ich habe Interesse, aktiv mitzuhelfen: ja nein

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ich willige ein, dass der Verein meine E-Mail-Adresse verarbeiten und nutzen darf, um mir E-Mails und Newsletter zu senden.

Ich willige ein, dass der Verein meine Telefonnummer(n) verarbeiten und nutzen darf, um mich telefonisch zu kontaktieren.

Ich kann erteilte Einwilligungen jederzeit ohne Begründung schriftlich widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

FÖRDERVEREIN DER KURPFALZ GRUNDSCHULE SCHRIESHEIM E.V.

Hirschberger Straße 1 69198 Schriesheim e-mail: fv@kurpfalzschule-schriesheim.de

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: (Gläubiger)

Förderverein der Kurpfalz-Grundschule Schriesheim e.V.
Hirschberger Straße 1
69198 Schriesheim

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Kreditor Identifier)

DE56ZZZ00000565926

Mandatsreferenz wird vom Zahlungsempfänger eingetragen

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) den Verein

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein der Kurpfalz-Grundschule Schriesheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein der Kurpfalz-Grundschule Schriesheim e.V.

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.

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger (Vorname, Name)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)