



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein der Don Bosco Grundschule Wolsfeld e.V. mit Wirkung ab dem _____.

Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich auf mindestens 12,- € jährlich.

Name, Vorname : _____

Straße/ Nr. PLZ / Ort : _____

E-Mail : _____

Beitrag : _____ € / Jahr

Freiwillige Zuwendung
(einmalige Spende
in Höhe von) : _____ €

Ich bitte um Zusendung einer Spendenquittung (ab 25,-- €)

Mitgliedsbeiträge werden für das gesamte Geschäftsjahr des Fördervereins fällig. Der Mitgliedsbeitrag wird erstmals nach schriftlicher Beitrittserklärung fällig und für das laufende Geschäftsjahr innerhalb der auf den Eingang der Beitrittserklärung beim Förderverein folgenden 14 Tage per SEPA-Basislastschriftverfahren unter Angabe Ihrer SEPA-Mandatsreferenz von Ihrem Konto abgebucht. Für die Folgejahre erfolgt die Abbuchung des Beitrages am 15.01. eines jeden Jahres unter Angabe Ihrer SEPA-Mandatsreferenz. Sollte der genannte Termin kein Bankarbeitstag sein, erfolgt der Einzug zum nächstmöglichen Bankarbeitstag.

Die Mitgliedschaft im Förderverein kann jederzeit, spätestens jedoch 8 Wochen vor Ablauf eines Kalenderjahres (01.11.) schriftlich gekündigt werden.

Mit meiner/unsere Unterschrift erkenne/n ich/wir die Vereinssatzung in der jeweils gültigen Fassung (jederzeit einsehbar im Sekretariat der Schule) an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten gemäß §13 der Vereinssatzung für die Arbeit des Fördervereins der Don Bosco Grundschule Wolsfeld e.V. erhoben, gespeichert und genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Förderverein der Don Bosco Grundschule Wolsfeld e.V.

Europastr. 65 • 54636 Wolsfeld • Telefon: 06568/ 93136

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE28ZZZ00000677883

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen den Förderverein, den Mitgliedsbeitrag oder Zuwendungen bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber) : _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort : _____

Kreditinstitut (Name) : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Die IBAN und BIC finden Sie beispielsweise auf Ihren Bankkontoauszügen oder auf der Rückseite Ihrer ec-Karte.

Ort, Datum

Unterschrift