

Liebe Eltern!
Unterstützen Sie unseren Schulförderverein!

Sie können bei uns aktiv mitarbeiten. Wir freuen uns aber auch über eine finanzielle Unterstützung durch Ihren Mitgliedsbeitrag von 12 € im Schuljahr. Jeder Cent kommt Ihren Kindern zugute. Da wir ein gemeinnütziger Verein sind, brauchen wir keine Gelder abführen und können auch Spendenbescheinigungen auf Wunsch ausstellen.

Der Vorstand des Fördervereines

Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den

Förderverein Grundschule „Thomas Müntzer“ Gehren e.V.

Die Satzung des Fördervereins und die Höhe des Mitgliedsbeitrages von derzeit 12,00 € pro Schuljahr sind mir bekannt. Der Mitgliedsbeitrag wird mit Beginn der Mitgliedschaft und ab dem darauffolgenden Schuljahr mit Beginn des Schuljahres fällig. Eine gesonderte Aufforderung dazu ergeht nicht.

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mein(e) Kind(er) besucht(besuchen) die Klasse(n) _____ in der Grundschule „Thomas Müntzer“ Gehren.

Gehren, den _____

Datum

Unterschrift

Die Zahlung der Beiträge erfolgt im Lastschriftverfahren. Wir bitten um Erteilung der Einzugsermächtigung. Bitte füllen Sie hierzu das Formular auf der nächsten Seite aus.

Der Vorstand des Fördervereines

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein Grundschule "Thomas Müntzer" Gehren e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Nordstr. 1b

Postleitzahl und Ort:

98708 Gehren

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE98ZZZ00000963452

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.