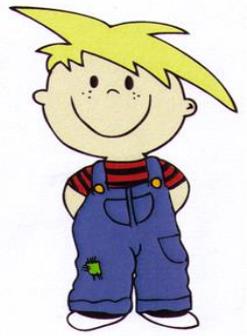




Freunde und Förderer der Grundschule Delitzsch-Ost e.V.



Beitrittserklärung

Ich / Wir möchte(n) hiermit dem Förderverein Freunde und Förderer der Grundschule Delitzsch-Ost e.V. beitreten. Die Satzung erkenne(n) ich / wir an.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Firma

Anschrift

Tel./Fax-Nr.

e-Mail

Jahresbeitrag – zutreffendes bitte ankreuzen:

- Erwachsener / Firma / Fördermitglied 12,00 Euro
- Kind/ Jugendlicher unter 18 Jahren 2,00 Euro

Datum Unterschrift*
(Schüler/in) (Erziehungsberechtigter)

Innerhalb von 4 Wochen erhalten Sie die Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft.

Zahlungsoptionen:

1. SEPA – Lastschrift / Einzugsermächtigung (bitte Rückseite der Beitrittserklärung ausfüllen)
2. Überweisung des Jahresbeitrages (als Dauerauftrag) innerhalb von 14 Tagen nach Bestätigung der Mitgliedschaft**

*bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten

** In den Folgejahren ist der Beitrag im 1. Quartal zu entrichten

Vereinsintern

Die Mitgliedschaft wurde durch den Vorstand am mit der Mitgliedsnummer bestätigt.

.....
Unterschrift des Vorstandes

Vorsitzender	Steffen Dose	Postanschrift	Beerendorfer Str. 47	Bankverbindung	
Stellv.	Diana		04509 Delitzsch	IBAN	DE048605559215100552
Vorsitzende	Ruland				03
		Tel:	034202/62350	BIC	WELADE8LXXX
		E-Mail:	foerderverein@gs-delitzsch- ost.de		Sparkasse Leipzig

Der Förderverein ist im Vereinsregister Leipzig als gemeinnützig unter der Registernummer VR 30921 eingetragen.

SEPA Lastschriftmandat - Bitte wenden

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger
<->
Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Freunde und Förderer der Grundschule Delitzsch-Ost e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Beerendorfer Str. 47

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

04509 Delitzsch

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE57ZZZ00002495432

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:



0123456789012345678901