

Schulförderverein Kolkwitz e. V.
Karl-Liebknecht-Straße 7
03099 Kolkwitz

Tel. 0355/288084
Fax 0355/7840932

Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen/erklären wir unseren Beitritt zum gemeinnützigen Förderverein der Grundschule Kolkwitz e. V.

Familienname:

Vorname(n):

Anschrift:.....

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Der Jahresbetrag pro Person bzw. Familie beträgt laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 29.05.2002 **12,00 € im Kalenderjahr**. Mitgliedsbeiträge und Spenden bitten wir auf das Konto bei der

Sparkasse Spree-Neiße
IBAN DE79 1805 0000 3208 1034 83
BIC WELA DE D1 CBN

zu überweisen. Alternativ kann ein Lastschrift-Mandat erteilt werden.

Spendenbescheinigungen werden auf Anforderung ausgestellt.

Die Speicherung der in Zusammenhang mit meiner Mitgliedschaft stehenden Daten auf einem elektronischen Datenträger und der ausschließlich vertraulichen Nutzung derselben für Vereinszwecke stimme ich zu.

Auf Wunsch kann die Satzung ausgehändigt werden.

Datum:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Schulförderverein Kolkwitz e.V.

Karl-Liebknecht-Str. 7 | 03099 Kolkwitz | BRD

D E 6 0 Z Z Z 0 0 0 0 0 7 2 9 2 0 2

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment

Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

Schulförderverein Kolkwitz e.V.

Karl-Liebknecht-Str. 7

03099 Kolkwitz

BRD

M i t g l i e d s b e i t r a g

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

D E

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Schulförderverein Kolkwitz e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Schulförderverein Kolkwitz e.V. auf mein (unsere) 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, I (we) authorise the creditor Schulförderverein Kolkwitz e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Schulförderverein Kolkwitz e.V..

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

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