

**Verein der Freunde und Förderer der
Gemeinschaftsgrundschule Troisdorf-Sieglar e.V.
Kettelerstr. 9, 53844 Troisdorf, Tel. 02241-40658**

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Hiermit beantrage/n ich/wir mit sofortiger Wirkung meine/unsere Mitgliedschaft im Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Sieglar e.V. (Der Verein ist gemeinnützig nach § 9 EstG.) Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, daß mein/unser jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von € _____ gem. beiliegender Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats eingezogen werden darf. (Mindestbeitrag jährlich € 12,--) Die Satzung des Fördervereins erkenne/n ich/wir an. Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass alle gespeicherten Personendaten ausschließlich für die interne Verarbeitung innerhalb der Schule und des Fördervereins verwertet werden, dass sie nicht weitergeleitet werden und Dritte keinen Einblick erhalten. Die Daten werden nach Beendigung der Mitgliedschaft im Förderverein automatisch gelöscht.

Datum _____ Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Sieglar e.V.

Anschrift: Kettelerstraße 9, 53844 Troisdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00000159027

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): FOEVGGSSGL.....

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Sieglar e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Sieglar e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Sieglar 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: (x) Wiederkehrende Zahlung () Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): D E _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC (8 oder 11 Stellen): _ _ _ _ _ _ _ _

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)