Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Förderverein der Gesamtschule Gangelt-Selfkant e. V.

Nachname/Vorname _____

Name des Kindes _____

Klasse _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

_____

GLEICHE CHANCEN UND NEUE MÖGLICHKEITEN DURCH DEN

FÖRDERVEREIN

Förderverein Gesamtschule Gangelt-Selfkant e. V.
AG Aachen VR 5161
Kreissparkasse Heinsberg
IBAN: DE10 3125 1220 1400 1763 82
BIC: WELADED1ERK

Der Mindestbeitrag beträgt pro Jahr 10,00 €, höhere Beiträge sind herzlich willkommen. Einzahlungen können auf das Konto der Kreissparkasse Heinsbergerfolgen. Oder Sie erteilen uns eine Einzugsermächtigung. Dann bitte weiter ausfüllen. Bitte dringend auch das beigefügte Formular SEPALastschriftmandat ausfüllen!

§ 6 (2): Der freiwillige Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand und ist nur zum Schluss eines Geschäftsjahres möglich. Bitte beachten Sie: die Mitgliedschaft erlischt **nicht** automatisch, wenn ihr letztes Kind die Gesamtschule Gangelt-Selfkant verlässt.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Gesamtschule Gangelt-Selfkant e.V. bis auf Widerruf den Betrag von _____ Euro zum 01.03. jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Land _____

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

_____

Bei Wechsel der Bank oder Änderung der Bankdaten bitte unverzüglich den Förderverein informieren! Rücklastschriften gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

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.*

SEPA-Lastschriftmandat/ SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers: Creditor name: Förderverein Gesamtschule Gangelt-Selfkant
Anschrift des Zahlungsempfängers: Creditor address: Mercatorstr. 25, 52538 Gangelt Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: Creditor identifier: D E 6 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 2 2 6 5 0 1
Mandatsreferenz **vom Zahlungsempfänger auszufüllen:** Mandate reference to be completed by the creditor:

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. By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) 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 (name see above). 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: [X] Wiederkehrende Zahlung Type of payment: Recurrent payment

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

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