

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

„Förderverein Grundschule am Billerbeck e.V.“

Mit dieser Beitrittserklärung verpflichte ich mich zur Zahlung eines jährlichen Beitrags von

€.....: in Worten.....

(Mindestbeitrag beträgt 12,00€)

Vor-und Zuname:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.: Mobil:

e-mail:

Durch Satzung vorgeschriebene Zahlungsweise: Abbuchung per Lastschriftverfahren.

(Auftrag siehe Sepa Lastschrift)

Datum: Unterschrift:

(Formular kann über den Klassenlehrer zurückgegeben werden)

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein Grundschule Am Billerbeck e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Schulstr. 26

Postleitzahl und Ort:

27729 Axstedt

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE78ZZZ00001095829

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

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

Osterholz-Scharmbeck

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