

Beitritterklärung

- Bitte in gut lesbarer Schrift ausfüllen! Danke -

| | |
|---------------|-----------|
| Vorname: | Name: |
| Straße / Nr.: | PLZ / Ort |
| Telefon: | Email: |

Ich/ Wir beantragen die Mitgliedschaft beim Verein der Freunde und Förderer der Robert-Schuman Europaschule - Gesamtschule Willich e.V. mit Beginn des Schuljahres 01.08. ____

Ein von Eheleuten gemeinschaftlich gestellter Mitgliedschaftsantrag wird als Antrag auf Mitgliedschaft nur eines dieser Ehegatten gewertet mit der Folge, dass nur ein Mitgliedsbeitrag zu leisten ist und nur eine Stimme abgegeben werden kann.

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| stimmberechtigtes Mitglied: | Vorname / Name: |
|-----------------------------|-----------------|

Jahresbeitrag: 10,-- € Mindestbeitrag / 15,--€ / 20,-- € / _____ €

Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Ein Austritt kann nur zum 31.07. eines Jahres mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich erfolgen.

| | |
|--------------------|-------------------------|
| _____ | _____ |
| Ort / Datum | Unterschrift(en) |

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an:

| | |
|-------------------|--|
| Zahlungsempfänger | Verein der Freunde und Förderer der Robert-Schuman Europaschule – Gesamtschule Willich e.V. Kantstr. 2 – 6 , 47877 Willich |
| | Gläubiger-ID-Nr.DE11ZZZ00000783628 / Mandatsreferenz-Nr.* |

| | | |
|---------------|---------------|---|
| Kontoinhaber: | | <input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben |
| Konto-Nr. | Bankleitzahl: | Name der Bank: |
| IBAN: | BIC: | |

Einzugsermächtigung: Ich/Wir ermächtige/n den o.g. Verein die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom o. g. Konto einzuziehen.

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift: Ich/Wir ermächtige/n den o.g. Verein Zahlungen vom o. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Verein. 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.

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung

| | |
|-------------------|--|
| _____ | _____ |
| Ort, Datum | Unterschrift des / der Kontoinhaber |

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftsbetrages mitgeteilt.