

Beitrittserklärung zum Förderverein der Grundschule Geschwister Scholl



Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

dem Förderverein der Grundschule Geschwister Scholl e.V. beizutreten. Ich erkenne die Satzung und Finanzordnung des Vereins an.

Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass der o.g. Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Beitragszahlung:

Mein Mitgliedsbeitrag gemäß Finanzordnung beträgt 12,00 Euro (6,00 Euro ermäßigt). Ermäßigungsnachweise lege ich ggf. in Kopie bei. Der Jahresbeitrag ist vier Wochen nach Beitritt fällig, bzw. bis zum 31.01. des jeweiligen Geschäftsjahres. In die Finanzordnung kann beim Vorstand Einblick genommen werden.

Zahlungsart:

- per Überweisung auf unten genanntes Vereinskonto
- SEPA-Lastschrift (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

_____, den _____

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein der Geschwister-Scholl-Grundschule e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Richard-Wolf-Straße 1

Postleitzahl und Ort:

01705 Freital

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE08ZZ0000107258

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

FOEVE-JB/XX

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (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.

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

manuell