



Beitrittserklärung

„Freunde und Förderer des
Gymnasiums Engelsdorf e.V.“
Arthur-Winkler-Straße 6, 04316 Leipzig

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Freunde und Förderer des Gymnasiums Engelsdorf e.V.“. Ich habe die Vereinssatzung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden. Der jeweils gültige Stand ist der Homepage der Schule, Abschnitt Förderverein zu entnehmen.

* Pflichtangaben
Eltern(teil)

Name* : _____ Vorname* : _____

ggf. Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Straße & Haus-Nr.* : _____

PLZ & Ort* : _____

Tel. (Festnetz/ mobil): _____

E-Mail* : _____

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die in der Beitrittserklärung erhobenen Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Beitritt ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

- Ich nehme am Lastschriftverfahren teil (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- Ich überweise den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € _____ (mind.20,00 EUR) auf das Konto des „Freunde u.Förderer d.Gymnasiums Engelsdorf e.V.“ (Kontoinhaber).
IBAN: DE63 8306 5408 0004 8979 94 BIC: GENODEF1SLR
Kreditinstitut: Deutsche Skatbank eG

Ort, Datum

Unterschrift



Freunde und Förderer des Gymnasiums Engelsdorf e.V.
Arthur-Winkler-Straße 6, 04316 Leipzig
Gläubiger-Identifikationsnummer DE15ZZZ00000335319
Mandatsreferenz – wird separat mitgeteilt -

Ich ermächtige den „Freunde und Förderer des Gymnasiums Engelsdorf e.V.“, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge jährlich in Höhe von € _____* (mind. 20 EUR) bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom „Freunde und Förderer des Gymnasiums Engelsdorf e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der jährliche Lastschrifttermin wird separat bekannt gegeben.

* Pflichtangaben

Name, Vorname (Kontoinhaber)*: _____

Straße und Hausnummer*: _____

Postleitzahl und Ort*: _____

Kreditinstitut (Name)*: _____

IBAN*: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in

Bei abweichendem Kontoinhaber:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Name, Vorname: _____