

MITGLIEDSANTRAG

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

E-Mail (Pflichtangabe)

Bei Familienmitgliedschaft für zweites Mitglied zusätzlich ausfüllen

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

E-Mail (Pflichtangabe)

Ich/Wir beantrage/n die Mitgliedschaft im
Förderverein der Oberschule Bischofswerda.
Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Über die Aufnahme in den Förder-
verein entscheidet der Vorstand. Ein Austritt ist jederzeit möglich.

Ort, Datum Unterschrift Einzelmitglied

Zweite Unterschrift bei Familienmitgliedschaft

MITGLIEDSANTRAG

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

Mail (Pflichtangabe) E-

Bei Familienmitgliedschaft für zweites Mitglied zusätzlich ausfüllen

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

Mail (Pflichtangabe) E-

Ich/Wir beantrage/n die Mitgliedschaft im
Förderverein der Oberschule Bischofswerda.
Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Über die Aufnahme in den Förder-
verein entscheidet der Vorstand. Ein Austritt ist jederzeit möglich.

Ort, Datum Unterschrift Einzelmitglied

Zweite Unterschrift bei Familienmitgliedschaft

MITGLIEDSANTRAG

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

Mail (Pflichtangabe) E-

Bei Familienmitgliedschaft für zweites Mitglied zusätzlich ausfüllen

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (Angabe freiwillig)

Mail (Pflichtangabe) E-

Ich/Wir beantrage/n die Mitgliedschaft im
Förderverein der Oberschule Bischofswerda.
Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Über die Aufnahme in den Förder-
verein entscheidet der Vorstand. Ein Austritt ist jederzeit möglich.

Ort, Datum Unterschrift Einzelmitglied

Zweite Unterschrift bei Familienmitgliedschaft

MITGLIEDSBEITRAG

Den **Mitgliedsbeitrag:** _____ EUR

(mindestens 12,00 EUR bei Einzelmitgliedschaft und 20,00 EUR bei Familienmitgliedschaft) pro Jahr bezahle ich per:

Überweisung auf das Konto IBAN: DE92 8555 0000 1002 0366 97
BIC: SOLDAES1BAT
Bank: Kreissparkasse Bautzen

SEPA Lastschriftmandat (Ich erhalte ein gesondertes Schreiben mit Gläubiger-ID und Mandatsreferenz.) von folgendem Konto:

NUR AUSFÜLLEN FALLS LASTSCHRIFT GEWÜNSCHT WIRD:

Ich ermächtige den Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bank

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift zweiter Kontoinhaber

MITGLIEDSBEITRAG

Den **Mitgliedsbeitrag:** _____ EUR

(mindestens 12,00 EUR bei Einzelmitgliedschaft und 20,00 EUR bei Familienmitgliedschaft) pro Jahr bezahle ich per:

Überweisung auf das Konto IBAN: DE92 8555 0000 1002 0366 97
BIC: SOLDAES1BAT
Bank: Kreissparkasse Bautzen

SEPA Lastschriftmandat (Ich erhalte ein gesondertes Schreiben mit Gläubiger-ID und Mandatsreferenz.) von folgendem Konto:

NUR AUSFÜLLEN FALLS LASTSCHRIFT GEWÜNSCHT WIRD:

Ich ermächtige den Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bank

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift zweiter Kontoinhaber

MITGLIEDSBEITRAG

Den **Mitgliedsbeitrag:** _____ EUR

(mindestens 12,00 EUR bei Einzelmitgliedschaft und 20,00 EUR bei Familienmitgliedschaft) pro Jahr bezahle ich per:

Überweisung auf das Konto IBAN: DE92 8555 0000 1002 0366 97
BIC: SOLDAES1BAT
Bank: Kreissparkasse Bautzen

SEPA Lastschriftmandat (Ich erhalte ein gesondertes Schreiben mit Gläubiger-ID und Mandatsreferenz.) von folgendem Konto:

NUR AUSFÜLLEN FALLS LASTSCHRIFT GEWÜNSCHT WIRD:

Ich ermächtige den Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Oberschule Bischofswerda e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bank

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift zweiter Kontoinhaber