

# Förderverein Oberschule Weißig e.V.

Tel. 0351 – 217 00 00  
Fax 0351 – 217 00 020  
E-Mail: foerderverein@osw.lernsax.de



Förderverein Oberschule Weißig e.V. – Gönnsdorfer Weg 1 – 01328 Dresden

## Beitrittserklärung

Wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschieden haben unserem Förderverein beizutreten.

### PERSONENDATEN

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

Nr.:

\_\_\_\_\_

PLZ:

\_\_\_\_\_

Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eintritt (Datum):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MITGLIEDSBEITRAG:** jährlich 12,00 Euro (1,00 €/ Monat)

**Aufnahmegebühr:** einmalig 6,00 Euro

Mit dieser Erklärung trete ich dem **Förderverein Oberschule Weißig e.V.** bei. Ich erkenne die Satzung des Fördervereins an. Diese befindet sich auf der Homepage unserer Schule [www.os-weissig.de](http://www.os-weissig.de).

Gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung informieren wir Sie, dass wir für die Mitgliedsverwaltung erforderliche Daten speichern und für den Einzug der Beiträge Ihre Bankverbindung. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht.

Bitte auf der Rückseite die Anlage „SEPA- Lastschriftmandat“ ausfüllen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

Förderverein Oberschule Weißig e.V.  
Vorsitzende des Fördervereins: Frau Bettina Fröbel  
Bankverbindung: Dresdner Volksbank Raiffeisenbank eG  
IBAN: DE46 8509 0000 4627 6110 00  
BIC: GENODEF1DRS

Anlage 1 zur Beitrittserklärung

<b>Einzugsermächtigung/ SEPA - Lastschriftmandat</b>	
<b>Name des Zahlungsempfängers:</b>	Förderverein Oberschule Weißig e.V.
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers:</b>	Gönnsdorfer Weg 1 01328 Dresden
<b>Gläubiger- Identifikationsnummer:</b>	DE43ZZZ00000257797
<b>Mandatsreferenznummer:</b> <small>(wir vom Verein eingetragen)</small>	_____
<b>Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat:</b> Ich/ Wir ermächtige(n) der Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch SEPA Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger von meinem/ unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. <b>Hinweis:</b> Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des eingezogenen Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
<b>Zahlungsart:</b> wiederkehrende Zahlung/ dauerhaftes Mandat	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b> _____	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b> _____	
<b>Postleitzahl und Ort:</b> _____	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen:</b>	
□□ □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□	
<b>BIC:</b> <small>(für Inland nicht notwendig)</small>	
<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
_____	_____
<b>Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
_____	