



B E I T R I T T S E R K L Ä R U N G

Herr / Frau
Name, Adresse,
Telefonnummer, E-Mail:

_____ (bitte in Druckschrift)

Hiermit erkläre ich unseren/meinen Beitritt zum Förderkreis der Grundschule Bad Gandersheim e.V.
Der Mindestbeitrag beträgt jährlich 12,00 €.

1. Den Jahresbeitrag von ____ € werde ich immer bis zum Jahresende per Dauerauftrag auf folgendes Konto bei der Gandersheimer Volksbank überweisen: IBAN DE36278937600001480000, BIC: GENODEF1SES

Nur für die befristete Dauer von bis

2. Den Jahresbeitrag von _____ € bitte ich per SEPA Lastschriftmandat von meinem/ unserem Konto abzubuchen. (bitte nachfolgendes Lastschriftmandat ausfüllen)

Hinweis Datenschutz / Persönlichkeitsrechte:

Der Förderverein weist gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mail-Adressen, Bankverbindungen bei Einzug, Eintritts-/Austrittsdaten.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Förderverein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mail-Adressen, Bankverbindungen bei Einzug, Eintritts-/Austrittsdaten. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift

Auftrag zur Einlösung von Lastschriften im SEPA-Lastschriftverfahren

Förderkreis der Grundschule Bad Gandersheim e.V., Grundschule Bad Gandersheim, RoswithasträÙe 16, 37581 Bad Gandersheim Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 31ZZZ00000811786

Ich ermächtige den Förderkreis der Grundschule Bad Gandersheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis der Grundschule Bad Gandersheim e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Nachname (Kontoinhaber):	_____
Anschrift:	_____
IBAN:	DE _____
BIC (8 oder 11 Stellen):	_____

Die Fälligkeit ist jährlich am 10. November. Ist dieser Tag ein Wochenende oder Feiertag, so verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag. Ihre Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen im Verwendungszweck Ihrer Lastschrift mit.

Ort/ Datum

Unterschrift Mitglied / Kontoinhaber