

## Beitrittserklärung

**JA, ich möchte Mitglied im Förderverein der Bilsteinschule Großalmerode e.V. werden.**

**Eintrittsdatum:** 01. \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Mein Mitgliedsbeitrag:** \_\_\_\_\_ Euro

(Mindestbeitrag beträgt 30,00 Euro pro Jahr)

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt; der Mitgliedsbeitrag ist als Sonderausgabe steuerlich absetzbar. Der Beitrag wird 1x jährlich abgebucht. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Monatsende und hat schriftlich zu erfolgen; eine anteilmäßige Rückzahlung ist möglich. Erziehungsberechtigte können gemeinsam eintreten, wobei aber nur einer stimmberechtigt ist. Durch meine Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung und Beiträge des Fördervereins der Bilsteinschule Großalmerode e.V. als verbindlich an. Die Satzung kann beim Vorstand eingesehen werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke, gemäß den Bestimmungen der DSGVO, bin ich einverstanden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten

**E-Mail:** foev.bilsteinschule@googlemail.com

1. Vorsitzende: Sabrina Dreher  
Kassenwartin: Sylvia Ludwig-Gude



|   |  |
|---|--|
| <b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> | DE02ZZZ00000043389   |
| <b>Mandatsreferenz:</b>                 | Mitgliedsnummer<br>(wird nach Anmeldung vom Förderverein vergeben) |

## **SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein der Bilsteinschule Großalmerode e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Bilsteinschule Großalmerode e.V. 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

**Kontoinhaber (Name, Vorname):** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut (Name):** \_\_\_\_\_

**IBAN:** DE \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Kontoinhabers:** \_\_\_\_\_