

Förderverein

der Staatlichen Grundschule Rudolstadt-West e.V.

Gustav-Freytag-Straße 4
07407 Rudolstadt

Tel.: 03672/486-550 (Sekretariat)
Fax: 03672/486-569
E-mail: gs.west@rudolstadt.de
Internet: gs-west.rudolstadt.de

Beitrittserklärung

Ich beantrage meine Mitgliedschaft im

Förderverein der Staatlichen Grundschule Rudolstadt – West e. V.

Ich gebe mein Einverständnis, dass die nachstehenden Angaben unter Beachtung des Datenschutzgesetzes bei der Geschäftsstelle gespeichert werden.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Die gültige Satzung erkenne ich an. (Die Satzung liegt zur Einsichtnahme vor.)
Der Mitgliedsbeitrag beträgt ab Januar 2002 mindestens 1,- Euro monatlich.

Meinen Jahresbeitrag setze ich aufEuro fest (mindestens 12,- Euro)
Bei einem Beitritt während des laufenden Geschäftsjahres wird der anteilige Mitgliedsbeitrag fällig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Konto des Fördervereines:

Bankverbindung: Volksbank eG Gera - Jena - Rudolstadt
IBAN: DE48 8309 4454 0039 0191 08

☐ Ich überweise meinen Jahresbeitrag selbst.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Förderverein der Staatlichen Grundschule Rudolstadt - West, meinen Jahresbeitrag mit Wirkung vombei Fälligkeit (jährlich im Februar) von meinem Konto einzuziehen.

Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bankverbindung: Volksbank eG Gera - Jena - Rudolstadt
IBAN: DE48 8309 4454 0039 0191 08
BIC: GENODEF1RUJ

Vereinsregister:
Vorsitzende:
Kassenwart:

VR 544
Frau Saskia Hauschild
Frau Kathrin Vollrath

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.