

Förderkreis 103. Grundschule „Unterm Regenbogen“ e.V.

Hohnsteiner Straße 8
01099 Dresden

E-Mail: foerderkreis103.gs@web.de

Bankverbindung: IBAN DE34 8509 0000 4630 6310 20
BIC GENODEF1DRS



Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied werden im **Förderkreis der 103. Grundschule „Unterm Regenbogen“ e.V.**

Name/Firma _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

E-Mail: _____

Mein Kind _____ besucht im Schuljahr 20 ____/20 ____ die Klasse ____.
Die Mitgliedschaft endet mit Verlassen der Schule automatisch oder durch vorherige Kündigung.

Ich habe kein Kind an der Schule, möchte den Förderkreis der 103. Grundschule e.V. aber gern unterstützen.

Ich unterstütze den Förderkreis (zusätzlich) mit einer **Spende** in Höhe von _____ Euro.

Ich möchte den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 24,00 Euro bis zum 31. Oktober des Jahres **per Dauerauftrag** auf das oben genannte Konto des Förderkreises entrichten.

Ich erteile für die Entrichtung des jährlichen Mitgliedsbeitrags von 24,00 Euro mit dem umseitigen Formular (**SEPA-Lastschriftmandat**) eine Einzugsermächtigung.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern eine Spendenquittung aus. Bis 200 Euro gelten vereinfachte Nachweispflichten.

Ich bin damit einverstanden, dass mich der Förderkreis gelegentlich per E-Mail über die Aktivitäten im Rahmen des Vereinslebens informiert. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Fördervereins an (siehe Homepage).

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Aufnahmebestätigung durch den Vorstand

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Förderkreis der 103. Grundschule „Unterm Regenbogen“ e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: Hohnsteiner Straße 8

Postleitzahl und Ort: 01099 Dresden **Land:** Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00002048361

Mandatsreferenz: Foerderkreis103.GS/DD/XXXX

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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. Eventuelle Rücklastschriftgebühren i. H. v. 5,00 Euro sind vom Zahlungspflichtigen zu tragen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (jährlicher Mitgliedsbeitrag)
 Einmalige Zahlung von _____ EURO

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort: **Land:** Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC des Zahlungspflichtigen:

Ort und Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)