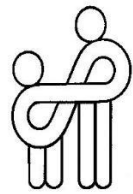


Beitrittserklärung

Gemeinsam

LERNEN FÖRDERN Calw e.V.



Förderverein der Seeäckerschule

Schindelbergweg 7, 75365 Calw-Stammheim

1. Vorsitzende: Sarah Gabriel

E-Mail: foerderverein@seeaeckerschule.de



Ich erkläre/ wir erklären den Beitritt in den Verein

Gemeinsam – LERNEN FÖRDERN Calw e.V.

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

e-Mail: _____

Beitritt ab: _____

Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag € 12) im Jahr.

Firmenbeitrag (Mindestbeitrag € 50) im Jahr

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wenn Sie unseren Förderverein unterstützen möchten:

Spendenkonto: Sparkasse Pforzheim Calw

IBAN: DE83 6665 0085 0007 9537 71, BIC: PZHSDE66XXX

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt.

Mitgliedsbeitrag und Spenden sind

steuerlich abzugsfähig.

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

GEMEINSAM - LERNEN FÖRDERN Calw e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Schindelbergweg 7

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

75365 Calw Stammheim

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 8 0 Z Z Z 0 0 0 1 3 1 0 7 4 5

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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 (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☐ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: