

## Beitrittserklärung

# Gemeinsam

LERNEN FÖRDERN Calw e.V.

Förderverein der Seeäckerschule

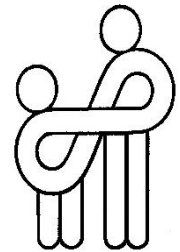
Schindelbergweg 7, 75365 Calw-Stammheim

2. Vorsitzende: Sarah Gabriel

E-Mail: sarzweg1987@googlemail.com

Beisitzerin: Laura Gassl

E-Mail: laura.gassl@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:**

Hornisgrindestr. 4

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

76337 Waldbronn

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 8 0 Z Z Z 0 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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

**Ort / Location:**

Calw

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

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

manuell