



BEITRITTSERKLÄRUNG

Förderverein der Schlossgartenschule Wernau e.V.

Name, Vorname (Mitglied)

Name, Vorname (Schüler/in) Klasse _ _ _ _ _

Straße _ _ _ _ _

PLZ _ _ _ _ _ Wohnort _ _ _ _ _

Telefon _ _ _ _ _

Mobil _ _ _ _ _

E-Mail-Adresse _ _ _ _ _

IBAN _ _ _ _ _

BIC-Code _ _ _ _ _

Bank _ _ _ _ _

- Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Förderverein Schlossgartenschule Wernau e.V.
- Hiermit erteile ich dem Förderverein Schlossgartenschule Wernau e.V. die Einzugsermächtigung meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag _ _ _ _ _ (mindestens € 15,00 pro Jahr) zum 30.09. des laufenden Jahres einzuziehen.

Unsere Bankverbindung:
Volksbank Plochingen eG
IBAN: DE24 6119 1310 0865 6120 05
BIC: GENODES1VBP

- Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich zur Erfüllung satzungsgemäßer Aufgaben verarbeitet werden. Siehe Informationsblatt.

Bitte geben Sie Ihren Namen und Adresse an und Sie erhalten umgehend eine Spendenbescheinigung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Vorstand Förderverein

Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)

Förderverein der Schlossgartenschule Wernau e. V.
Haldenweg 37 | 73249 Wernau
foerdereverein@schlossgarten.schule

Vorstand: Andreas Lasar | Telefon 0179.768 13 22



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

**WIEDERKEHRENDE
ZAHLUNGEN**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Förderverein der Schlossgartenschule Wernau e. V. Haldenweg 37 73249 Wernau	Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE62ZZZ00002603594
	Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein der Schlossgartenschule Wernau e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) Förderverein der Schlossgartenschule Wernau e. V. · Haldenweg 37 · 73249 Wernau
--

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*in (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift(en)