

Verein der Freunde und Förderer der GGS Schönenberg e.V.  
Auf der Burghardt1  
53809 Ruppichterorth

Telefon: (02295) 5663  
Telefax: (02295) 90 32 70  
eMail: FoerdervereinSchoenenberg@115939.nrw.schule



---

## Beitrittserklärung zum Förderverein

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Schönenberg e.V., auf der Burghardt 1, 53809 Ruppichterorth.

**Name/Vorname:**.....

**Anschrift:**.....

**Datum:**..... **Unterschrift:**.....

Die Mitgliedschaft gilt jeweils für ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sollte sie nicht bis zum 30.6. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt werden.

Den Beitrag von .....€ (Mindestbeitrag 12€ pro Kalenderjahr) bitte ich von unten stehendem Konto einzuziehen.

Hiermit ermächtige ich den Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Schönenberg e.V. widerruflich jeweils zum 15.9. jeden Jahres, die von mir zu entrichtenden Zahlungen künftig bei Fälligkeit zu Lasten meines unten stehenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. In diesem Fall werden die Gebühren der Nichteinlösung von mir übernommen.

**Name des Kontoinhabers:**

Bank/Sparkasse:.....

BIC:.....

IBAN:.....

Datum:.....Unterschrift:.....

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften  
(Mitgliedsbeiträge für den Förderverein)**

Zahlungsempfänger:

Verein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Schönenberg e.V.,  
Auf der Burghardt 1, 53809 Ruppichteroth

Gläubiger-Identifikationsnummer:

D E 86ZZZ00000471781

Mandatsreferenz-Nr. (z. B. Mitgliedsnummer, Abonnement; Versicherungsnummer):

Wird separat mitgeteilt!!!

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

Dieses Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung oder den Vertrag mit\*

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen

\*nur auszufüllen wenn Kontoinhaber und Zahlungspflichtiger nicht übereinstimmen