

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im *Förderverein der Freiherr-vom-Stein-Schule e.V.*:

### HAUPTMITGLIEDSCHAFT – 1. Mitglied

(\*Pflichtangaben)

\*Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

\*Geburtsdatum (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_

\*Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

\*PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\*E-Mail: \_\_\_\_\_

### MITGLIEDSCHAFTSMODELL

(bitte kreuzen Sie Ihr gewünschtes Modell an)

<input type="checkbox"/>	Einzelperson	15,00 €/Jahr	<input type="checkbox"/>	Fördermitgliedschaft 50	50,00 €/Jahr
<input type="checkbox"/>	Familie	20,00 €/Jahr	<input type="checkbox"/>	Fördermitgliedschaft 100	100,00 €/Jahr

Falls Sie eine **Familien- oder Fördermitgliedschaft 50 bzw. 100** beantragen, führen Sie bitte im Folgenden **alle weiteren Mitglieder inkl. Geburtsdatum** auf:

	Vorname	Nachname	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)
<b>2. Mitglied</b>			
<b>3. Mitglied</b>			
<b>4. Mitglied</b>			
<b>5. Mitglied</b>			

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich zu Verwaltungszwecken des Fördervereins der Freiherr-vom-Stein-Schule e.V. verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich habe die Satzung und Beitragsordnung erhalten und erkenne diese an (siehe: [www.foerderverein-fvss.de](http://www.foerderverein-fvss.de) bzw. QR-Code rechts).



Ort, Datum

Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER:** DE60ZZZ00000451782

**MANDATSREFERENZ:** wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Förderverein der Freiherr-vom-Stein-Schule e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der Freiherr-vom-Stein-Schule e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### ABBUCHUNGSTERMINE

Turnusgemäß erfolgt die Abbuchung des Beitrags jährlich am 1. März.

Bei Eintritten zwischen dem 1. Januar und dem 30. September wird der Beitrag erstmals zum 1. Oktober eingezogen. Für Eintritte zwischen dem 1. Oktober und dem 31. Dezember erfolgt der Einzug zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Lastschriftbetrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Vorname, Nachname** \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber)

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_  
(Name und BIC)

**IBAN:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift