

Förderkreis Grundschule Neupotz e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundes- und Förderkreis e.V. der Grundschule Neupotz.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

email: _____

Ich habe _____ Kind(er) in der/den Schulklasse(n) _____

Jahresbeitrag: 10,00 € 12,50 € 20,00 €
Einzelperson Familie Firma / Jurist. Person

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die aufgeführten Daten zur vereinfachten Abwicklung EDV-technisch erfasst werden.

Datum und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Förderkreis Grundschule Neupotz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis Grundschule Neupotz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 37 ZZ Z0 00 01 48 02 02

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

BIC: | ____ | ____ | ____ |

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Förderkreis Grundschule Neupotz e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundes- und Förderkreis e.V. der Grundschule Neupotz.

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

email: _____

Ich habe _____ Kind(er) in der/den Schulklasse(n) _____

Jahresbeitrag: 10,00 € 12,50 € 20,00 €
Einzelperson Familie Firma / Jurist. Person

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die aufgeführten Daten zur vereinfachten Abwicklung EDV-technisch erfasst werden.

Datum und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Förderkreis Grundschule Neupotz e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderkreis Grundschule Neupotz e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 37 ZZ Z0 00 01 48 02 02

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

BIC: | ____ | ____ | ____ |

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers