

VEREIN der FREUNDE und FÖRDERER der  
GRUNDSCHULE ALT-MERKSTEIN e.V.



- Beitrittserklärung -

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum gemeinnützigen Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Alt-Merkstein e.V. und verpflichte mich, den Mitgliedsbeitrag von mindestens 15 € je Kalenderjahr zu entrichten. Die erste Beitragszahlung gilt für das Kalenderjahr, in dem der Beitritt erfolgt.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag jährlich von meinem Konto im Einzugsverfahren abgebucht wird.

Beitrag: (jährlich) 15 € 20 € 25 € \_\_\_\_\_ €

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Anschrift, Email, Bankverbindung) für die Mitgliederverwaltung gespeichert werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Verein der Freunde und Förderer der Grundschule Alt-Merkstein e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Hauptstr. 108

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

52134 Herzogenrath

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D, E, 6, 0, Z, Z, Z, 0, 0, 0, 0, 1, 1, 7, 6, 0, 8, 1

**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 / Debtor address****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):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen / Signature(s) of the debtor:**