

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein „Kindergarten Friesenstraße e.V.“

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Ich bin darüber informiert, dass meine Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Änderungen der Daten werde ich unverzüglich bekannt geben.

- ☐ Ich bin mit der Übermittlung von Post (insbesondere Einladungen zur Mitgliederversammlung) oder per E-Mail einverstanden.

Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt 30 Euro.

Die Höhe des Jahresbeitrages kann auch individuell festgelegt werden.

Mein Beitrag pro Jahr beträgt _____ Euro pro Jahr.

- ☐ Die Mitgliedschaft endet mit dem Austritt aus dem Kindergarten. Über den Austritt darf der Kindergarten Friesenstraße e.V. den Förderverein informieren.
- ☐ Die Mitgliedschaft ist unbefristet

Zahlungsweise:

- ☐ Einzugsermächtigung
(Bitte beigegefügtes Formular ausfüllen)

Ort und Datum

Unterschrift



manuell

114 902 000 D0 (Fassung Feb. 2016) - v2.6
© Deutscher Sparkassenverlag

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Förderverein Kindergarten Friesenstraße e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Friesenstr. 10

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
58509 Lüdenscheid

Land / Country:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE55ZZZ00000202291

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein Kindergarten Friesenstraße e.V.**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein Kindergarten Friesenstraße e.V.** 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 **Förderverein Kindergarten Friesenstraße e.V.** 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 **Förderverein Kindergarten Friesenstraße e.V.**

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 (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.
Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: