

# Förderverein der Eichendorffschule Wiedenbrück



## Beitrittserklärung Förderverein der Eichendorffschule Wiedenbrück

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Förderverein der Eichendorffschule Wiedenbrück und werde

Mitglied ab dem Monat \_\_\_\_\_ des Jahres \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Mobil: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

*Angabe wichtig wenn Sie in Zukunft über Aktionen des Fördervereins per Mail informiert werden möchten*

Name und Klasse des Schulkindes: \_\_\_\_\_

Höhe des gewünschten Jahresbeitrages:  
(Bitte ankreuzen)

- 7,50 Euro jährlich
- 15,00 Euro jährlich
- 30,00 Euro jährlich
- \_\_\_\_\_ Euro jährlich  
*(eigene Angaben, mindestens jedoch 7,50 Euro)*

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

**Die SEPA-Einzugsermächtigung befindet sich auf der Rückseite dieses Formulars. Bitte unbedingt k o m p l e t t ausgefüllt abgeben.**

**Nicht vom Mitglied auszufüllen:**

Mitglieds-/Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_

# Förderverein der Eichendorffschule Wiedenbrück



## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Verein zur Förderung der Eichendorffschule  
Rheda-Wiedenbrück  
Triftstraße 28  
33378 Rheda-Wiedenbrück

### Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE78FVE00000323224

### **Hinweis:**

Ihre Mandatsreferenz entnehmen Sie bitte der Eintrittsbestätigung.

### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

### **SEPA-Lastschriftmandat:**

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.

---

**Zahlungsart: wiederkehrende Beitrags-Zahlung (Die Beiträge werden im SEPA-Einzugsverfahren am 01. November, oder am darauffolgenden Bankarbeitstag erhoben).**

---

*Vorname und Name des Zahlungspflichtigen*

---

*Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in (falls vom angegebenen Zahlungspflichtigen abweichend)*

---

*Straße, Hausnummer*

*Postleitzahl, Ort*

Bank : \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift Kontoinhaber/in*