

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den

Verein evangelische Grundschule Magdeburg e.V.

zum nächstmöglichen Zeitpunkt.*

Name/Vorname _____
Strasse _____
PLZ/ORT _____
Telefon _____ E-Mail _____

Ich bezahle

- den Mindestbeitrag in Höhe von 5 € monatlich
- einen Beitrag in Höhe von ____ € monatlich.

- Hiermit erteile ich Ihnen die Ermächtigung zum halbjährlichen Einzug meines Mitgliedsbeitrages mittels Lastschrift (widerruflich).
Zur Erteilung des Lastschrifteinzuges füllen Sie bitte Seite 2 des Antrages aus (SEPA-Lastschriftmandat).

- Ich überweise den Betrag auf u.g. Bankverbindung.

Mit der EDV-Erfassung der o.g. Daten für schul- und vereinsinterne Zwecke erkläre ich mich einverstanden.

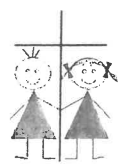
Datum, Unterschrift

(*) Bitte beachten Sie, dass eine Vereinsmitgliedschaft weder Voraussetzung noch Garantie für Erhalt eines Schulplatzes ist.

Verein evangelische Grundschule Magdeburg e.V.
Wilhelm-Kütz-Str. 1
39108 Magdeburg
Telefon: (0391) 4009685
Telefax: /
E-Mail: verein@ev-grundschule-md.de

Vorsitzender:
Uwe Fäsche
Vereinsregister: 11714
Amtsgericht Stendal, Sitz Magdeburg
Internet <http://www.ev-grundschule-md.de>

Bankverbindung:
Stadtparkasse Magdeburg
BLZ: 810 532 72
Konto: 363 202 96
IBAN: DE 23810532720036320296
BIC: NOLADE21MDG



SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein evangelische Grundschule Magdeburg e.V.

Wilhelm-Külz-Str.1
39108 Magdeburg

Gläubiger-ID

DE67ZZZ00000479107

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger eingetragen)

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.

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt für Zahlungen für

Verpflichtungsgrund:

Vereinsbeitrag (halbjährlicher Einzug zum 20.03. und 20.09.)

mtl. 5,00 €

mtl. _____ €

Mitglied:

Name, Vorname

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (max. 22 Stellen)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum

Unterschrift(en) Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber