

Beitrittserklärung

Schul- und Förderverein IGS Seevetal e.V.

1. Vorsitzende: Corinna Gerth | 2. Vorsitzende: Henrike Gröning
1. Beisitzer: Oliver Gerth (Kassenwart) | 2. Beisitzer: Ole Hansen (Schriftführer)
Peperdiekshöhe 1 | 21218 Seevetal | Email: schulverein@igs-seevetal.de

Beitritt zum (Schuljahr) _____ Mitgliedsnummer _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schul- und Förderverein IGS Seevetal e.V.

Name, Vorname _____ Jahrgangsfarbe des Kindes _____

Anschrift _____

Telefon _____ Email _____

Bitte unbedingt eine Email-Adresse angeben (KEINE Schüler-Email-Adresse), da die Bestätigung der Mitgliedschaft, die Mandatsreferenz sowie Einladungen und Informationen per E-Mail versendet werden.

Ich bin/Wir sind mit der Speicherung der Daten für Vereinszwecke einverstanden.

Ich/Wir erhalte/n die Satzung des Vereins umgehend per Email.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass gemäß der Satzung des Vereins

- Eine Kündigung der Mitgliedschaft dem Vorstand bis zum 31.7. schriftlich mitzuteilen ist und zum neuen Schuljahr wirksam wird.
- Der Jahresbeitrag mindestens 20 Euro beträgt.
- Der Jahresbeitrag für das Schuljahr satzungsgemäß im November eingezogen wird.

Mein/Unser Beitrag beträgt _____ Euro jährlich.

☐ Ich möchte/Wir möchten eine Spendenbescheinigung am Kalenderjahresende erhalten.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Hinweise zum Datenschutz: Eine Speicherung der persönlichen Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und zur gesetzlich erforderlichen Dokumentation. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

SEPA Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Schul- und Förderverein IGS Seevetal e.V., Peperdiekshöhe 1, 21218 Seevetal

IBAN: DE36240603004004444000 BIC:GENODEF1NBU

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Schul- und Förderverein IGS Seevetal e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Schul- und Förderverein IGS Seevetal 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name) _____

Anschrift _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____ BIC _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____