

Beitrittserklärung

Werden Sie förderndes oder sogar aktives Mitglied im Schulverein der Grundschule Brackel e.V. Sie unterstützen mit Ihrer Mitgliedschaft einen inzwischen festen Bestandteil des Schullebens in Brackel und Umgebung. Durch Ihren Beitrag und/oder Ihre Spende ermöglichen Sie dem Schulverein Ausgaben, die die Qualität unserer Arbeit fördern.

Der **Mindestbeitrag** beträgt für jedes Kind lediglich **15,00 €** im Kalenderjahr. **Der Vereinsbeitrag und Spenden sind steuerlich abzugsfähig.** Jede Mitgliedschaft hilft den Kindern unserer Schule!

Hiermit erkläre(n) ich (wir) meinen (unseren) Beitritt zum Schulverein der Grundschule Brackel e. V.

Name der Eltern:	
Name des 1. Kindes:	Klasse:
Name des 2. Kindes:	Klasse:
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Ich wünsche eine Aufnahme in den E-Mail-Verteiler des Schulvereins.

Gewünschter Mitgliedsbeitrag, bitte ankreuzen:

30,--	15,--	____,____

Beginn der Mitgliedschaft (Jahr): _____

Ich möchte einmalig spenden. Die Spendensumme beträgt _____.

Die Mitgliedschaft kann zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Mitgliedschaft endet nicht automatisch mit dem Ausscheiden des Kindes bzw. der Kinder aus der Schule. Eine Kündigung ist erforderlich. Mit der Aufnahme erkenne(n) ich/wir die Satzung des Vereins an.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Achtung, bitte die Rückseite für den Lastschrifteinzug (SEPA-Lastschriftmandat) ausfüllen!

**Schulverein der
Grundschule Brackel e.V.**
Tel.-Nr: 04185-4110
E-Mail: schulverein.brackel@gmail.com



SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00000920630

Mandatsreferenz: neu (wird separat bzw. im Kontoauszug mit der Abbuchung mitgeteilt)

Ich/Wir ermächtige/n den Schulverein der Grundschule Brackel e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Schulverein der Grundschule Brackel 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (erstmalig zum 15.10. diesen Jahres, dann jeweils zum 15.2. des folgenden Jahres).

Vorname und Nachname des/r Kontoinhabers(in):

Straße und Hausnummer :

Postleitzahl und Ort:

Bank/Sparkasse

Ihre IBAN-Nr. (internationale Bankkonto-Nr. des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen))

BIC (internationale Bankleitzahl Ihrer Bank; 8 oder 11 Stellen)

Ort/Datum:

Unterschrift/en der/s Kontoinhaber/s:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------