

Aufnahmeantrag in den Förderverein **mit**

Mittagessen und Betreuung

Ich stelle hiermit den Antrag, in den

Förderverein der JKBS e.V.

Ziegelweg 16, 89610 Oberdischingen, VR 490444

einzutreten.

Name/Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Mitgliedsbeitrag: *(Bitte ankreuzen)*

- 15,00 €
- _____ € selbstgewählter Betrag über 15 €

Der Einzug erfolgt per Sepalastschrift jährlich von Mai bis Juli. (Keine Vorab-Info mehr nötig).

Mitgliedschaftsende: *(Bitte ankreuzen)*

- unbefristet bis zur eigenständigen Kündigung zum jeweiligen Schuljahresende unter der E-Mail-Adresse:
foerdereverein.jkbs.oberdischingen.de
- endet automatisch mit dem Wechsel in eine andere Schule.

Kosten pro Kind und Mittagessen/Betreuung: 4,50 Euro

Der Einzug erfolgt per Sepalastschrift monatlich.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung des Vereines an. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Vereinszwecke per EDV gespeichert werden. Für den Einzug des Mitgliedsbeitrags wird dem Förderverein der JKBS e.V. ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt. Alle im Zusammenhang einer Rücklastschrift entstehenden Gebühren sind vom Zahler zu tragen.

Ort, Datum, Unterschrift _____



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No.

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein der Josef-Karlmann-
Brechenmacher-Schule e.V.
z. Hd. Frau Marina Saager
Hauptstr. 25
89610 Oberdischingen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE64ZZZ00000109106

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein der Josef-Karlmann-Brechenmacher-Schule e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Förderverein der Josef-Karlmann-Brechenmacher-Schule 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Oberdischingen

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

