



# BEITRITTSERKLÄRUNG



Förderkreis des Gymnasiums Prof. Dr. Max Schneider Lichtenstein

Ich möchte Mitglied im „Förderkreis des Gymnasiums Prof. Dr. Max Schneider Lichtenstein (Sachs.) e. V.“ werden.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Emailadresse

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 15,- Euro \*) und wird im 1. Quartal jedes Kalenderjahres für das jeweilige Kalenderjahr fällig. Ich zahle

per Oberweisung / Dauerauftrag auf das nachstehende Vereinskonto  
Sparkasse Chemnitz IBAN: DE33 8705 0000 0710 0156 74 BIC: CHEKDE81XXX

oder per Lastschrift (umseitig)

Eine Kündigung ist jederzeit zum Jahresende möglich. Sie bedarf der Schriftform.

Lernen Ihre Kinder an unserem Gymnasium? Ja Nein

Name Klasse

Name Klasse

Waren Sie Schüler am Gymnasium? von: ..... bis: .....

Ort, Datum, Unterschrift

Die Satzung des Förderkreises ist unter: [www.gymnasium-lichtenstein.de](http://www.gymnasium-lichtenstein.de) > Förderkreis > Satzung einsehbar  
Bitte schicken Sie die Beitrittserklärung:

An den  
Förderkreis des Gymnasiums „Prof. Dr. Max Schneider“ Lichtenstein (Sachs.) e. V.  
Lutherplatz 3  
09350 Lichtenstein  
oder per Email: [foerderkreis@gymnasium-lichtenstein.de](mailto:foerderkreis@gymnasium-lichtenstein.de)

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderkreis des Gymnasiums „Prof. Dr. Max Schneider“ Lichtenstein (Sachsen) e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

Lutherplatz 3

Postleitzahl und Ort:

09350 Lichtenstein

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE76GYM00000264866

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Mitgliedsbeitrag

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Förderkreis des Gymnasiums „Prof. Dr. Max Schneider“ Lichtenstein(Sachsen) e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderkreis des Gymnasiums „Prof. Dr. Max Schneider“ Lichtenstein(Sachsen) 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

einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN Des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE \_ \_ \_ \_ \_

BIC (8 oder 11 Stellen): \_ \_ \_ \_ DE \_ \_ \_ \_

Ort:

Datum (tt/mm/jjjj):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):