BEITRITTSERKLÄRUNG

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

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Email-Adresse (bitte unbedingt angeben)

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

- o per Überweisung / Dauerauftrag auf das nachstehende Vereinskonto
  Sparkasse Chemnitz IBAN: DE33 8705 0000 0710 0156 74 BIC: CHEKDE81XXX
- o 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 > 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
Email: 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-Identi fikationsnummer :
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 Last schrift 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:

- o Wiederkehrende Zahlung
- o 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): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ort: **Datum (tt/mm/jjjj):**