

Schulverein



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Schulverein:

„Freunde der Grund- und Gemeinschaftsschule im Quellental e. V.“

Vor- und Nachname des Mitglieds (z.B. Eltern, Lehrkraft, Förderer)

Anschrift

Email-Adresse

Telefon

ggf. Vor- und Nachname des Kindes

ggf. Klasse des Kindes

Ich unterstütze den Schulverein pro Kind jährlich mit

12€* 18€ 24€ _____ €.

* Der Mindestbeitrag beträgt 12€.

Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO, nachzulesen unter <http://www.gugs-im-quellental.de/index.php/schule/schulverein>, habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift Mitglied

Um den ehrenamtlich arbeitenden Vorstandsmitgliedern die Arbeit zu erleichtern, bitten wir Sie uns für den Beitrag eine Einzugsermächtigung zu erteilen. Im Anhang zu dieser Beitrittserklärung finden Sie ein entsprechendes Formular. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden und erlischt automatisch, wenn das Kind die Schule verlässt.

Sollten Sie dies nicht wünschen, überweisen Sie den Betrag bitte bis zum 15.11. eines jeden Schuljahres auf das unten angeführte Konto.

Vielen Dank!
Der Vorstand

Freunde der Grund- und Gemeinschaftsschule im Quellental e.V., Richard-Köhn-Str. 75, 25421 Pinneberg
Sparkasse Südholstein, IBAN DE51230510300015094022, BIC NOLADE21SHO
Karin Wesel (1. Vorsitzende), Tel. 216156
Kirstin Bieker (2. Vorsitzende), Tel. 373520
Norman Noack (Kassenwart), Tel. 7754579

Schulverein



Einzug des Schulvereinsbeitrages für _____
(Vor- und Nachname des Mitglieds gemäß Beitrittserklärung)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66ZZZ00001406251
Mandatsreferenz: (Wird Ihnen separat mitgeteilt.)

Der Einzug des Beitrages erfolgt zum 15.11. des jeweiligen Schuljahres. Bei Eintritt nach dem 15.11. erfolgt der erste Beitragseinzug mit dem Eintritt.

Ich ermächtige den Verein

„Freunde der Grund- und Gemeinschaftsschule im Quellental e. V.“

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem o.a. Verein auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Bank/Sparkasse/Postbank: _____

Die Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO – erhältlich beim Vorstand - habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers