

Beitrittserklärung
zum Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.



Bitte
am Sekretariat der Schule abgeben
oder direkt an den
Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.
Angelika Fechter (Vorsitzende)
c/o Ludwigstraße 36
71522 Backnang
Mail: AF_FV.MoerikeGMS@t-online.de

Bankverbindung KSK Waiblingen
IBAN DE28 6025 0010 0008 4382 65

Anschrift des Mitglieds

(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

(PLZ und Wohnort)

(Telefon/Handy)

(Mailadresse)

Spende

Ich spende zusätzlich gern den Betrag von

_____ € jährlich einmalig (Wunsch bitte eindeutig kennzeichnen.)

Den Betrag buchen Sie bitte zusammen mit dem Beitrag ab.

Bitte das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen und unterschreiben. DANKE!

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt
zum

**Förderverein der Mörikeschule
Backnang e. V.**

Den Jahresbeitrag in Höhe von

- 10,00 € für Erwachsene
- 5,00 € für Jugendliche

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Förderverein der Mörikeschule Backnang e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Ludwigstraße 36

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

71522 Backnang

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE31 ZZZ0 0000 3813 00

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**", Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: