

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/erklären wir meinen/unseren Beitritt zum Förderverein des Berufskollegs Lehnerstraße der Stadt Mülheim an der Ruhr e.V.

als

- | | | |
|---|---------------|------|
| <input type="checkbox"/> Schülerin/Schüler | Jahresbeitrag | 3 € |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigt/e | Jahresbeitrag | 12 € |
| <input type="checkbox"/> Lehrerin/Lehrer | Jahresbeitrag | 12 € |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Einzelperson | Jahresbeitrag | 12 € |
| <input type="checkbox"/> Unternehmung/Verband | Jahresbeitrag | 30 € |

- Ich zahle/Wir zahlen den satzungsgemäßen Jahresbeitrag in Höhe von

_____ Euro _____ Euro
(in Ziffern) (in Worten)

- Ich zahle/Wir zahlen einen freiwillig höheren jährlichen Förderbeitrag in Höhe von

_____ Euro _____ Euro
(in Ziffern) (in Worten)

Zahlungsart

- Überweisung auf das Konto des Fördervereins
IBAN: DE03 3625 0000 0360 0028 37
BIC: SPMHDE3EXXX (Sparkasse Mülheim)
- Einzugsermächtigung (Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen.)

Mitgliedsdaten (in Druckbuchstaben)

Vor-/Nachname,
Firma

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort:

Ort/Datum/Unterschrift/Firmenstempel

Ich bitte um Zusendung einer Spendenbescheinigung.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Förderverein des Berufskollegs Lehnerstraße
der Stadt Mülheim an der Ruhr e. V.
Lehnerstr. 67
45481 Mülheim an der Ruhr**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE14NRW0000098851

[Mandatsreferenz]
NW709400627260

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Förderverein des Berufskollegs Lehnerstraße

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

[Name des Zahlungsempfängers]
Förderverein des Berufskollegs Lehnerstraße

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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN
DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)/Firmenstempel