

Grundschule Kaiserslautern – Erlenbach
Erlenbacher Strasse, 24
67659 Kaiserslautern-Erlenbach
Tel: 06301 – 80 88 Fax: 06301 – 71 87 27
www.gs-kl-erlenbach.de email: gs.erlenbach@kaiserslautern.de



Beitrittserklärung

Unter Anerkennung der Satzung vom 24.04.2004 werde ich Mitglied im Förderverein der Grundschule Kaiserslautern-Erlenbach.

Meinen Jahresbeitrag von () € 6,- () € 15,- () € 25,- () € _____
lasse ich per SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vom Verein einziehen und erteile
hiermit die Einzugsermächtigung.

Die Einzüge erkennen Sie zukünftig an der
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000900139
und der Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag Förderverein

Für freiwillige, sonstige Überweisungen gilt das Fördervereinskonto:

<p>Stadtparkasse Kaiserslautern IBAN: DE44 5405 0110 0000 5309 49 BIC: MALADE51KLS</p>

Beiträge und Spenden an den Förderverein sind nach der Bescheinigung des Finanzamtes
Kaiserslautern steuerlich abzugsfähig.

Name: _____ Vorname: _____

IBAN DE _____

BIC _____

E-Mail: _____

Name des Kindes / der Kinder: _____

Klasse(n): _____ / _____ / _____

Kaiserslautern, den _____

Unterschrift

Bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung in der Schule abgeben.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Förderverein der Grundschule Erlenbach e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Erlenbacher Str. 24

Postleitzahl und Ort:

67659 Kaiserslautern

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE21ZZZ00000900139

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitgliedsbeitrag Förderverein

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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

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):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**