



Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geb.-Datum:

Telefon:

Jahresbeiträge:

<input type="checkbox"/> Erwachsene	15,00 €
<input type="checkbox"/> Jugendliche	10,00 €
<input type="checkbox"/> Firmen u. Vereine	25,00 €

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein der Grund- und Werkrealschule Gurtweil e.V. als förderndes Mitglied und erkenne gleichzeitig die z. Zt. gültige Vereinssatzung an.

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Nutzung und Löschung) meiner in dieser Beitrittserklärung angegebenen personenbezogenen Daten zur ordnungsgemäßen Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift:

Bitte beachten:

- Laut Satzung wird der Jahresbeitrag von der Mitgliederversammlung festgesetzt und ist zu Beginn des Kalenderjahres bzw. der Mitgliedschaft fällig.
- Der **Abbuchungstermin** ist immer der **15. Februar des jeweiligen Jahres**.
- Die Mitgliedschaft erlischt **nicht** automatisch mit dem Austritt Ihres Kindes aus der Schule!
Nach § 6 der Vereinssatzung des Fördervereins der GWRS Gutweil e.V. ist der Austritt aus dem Verein **schriftlich** zu erklären und nur zum Schluss eines Geschäftsjahres möglich
- Die **Kündigung** der Mitgliedschaft muss dem Verein **spätestens am 30. September** vorliegen.

WICHTIG!!! Bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite der Beitrittserklärung unbedingt ausfüllen und unterschreiben.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Förderverein GWRS Gurtweil e.V.
Leo-Beringer-Straße 7
D - 79761 Waldshut-Tiengen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000095079

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**SEPA-Lastschriftmandat:**

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den o.a. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger 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

Zahlungspflichtiger:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Kontoinhaber (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen):**BIC (8 oder 11 Stellen):****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):