foerderverein@realschuleochtrup.de

VEREIN DER FREUNDE UND FÖRDERER DER STÄDTISCHEN REALSCHULE OCHTRUP E.V.

Lortzingstraße 2
48607 Ochtrup
02553.93520

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer der Städtischen Realschule Ochtrup e.V.

NAME _____ VORNAME _____

STRASSE, NR _____ PLZ, ORT _____

E-MAIL _____ TELEFON _____

BEITRAG _____

❍ 12 Euro im Geschäftsjahr

❍ _____Euro im Geschäftsjahr

(Betrag muss mindestens 13,- € oder größer sein)

❍ Ich stimme der Datenschutz-Grundverordnung des Fördervereins zu.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt Jährlich (Geschäftsjahr = Kalenderjahr) mind. 12 € und wird im Februar des Jahres von meinem Konto abgebucht. Ich sorge für ausreichend Konto-Deckung und halte vor einer Lastschriftrückgabe erst Rücksprache mit dem Förderverein. Die Kündigung der Mitgliedschaft erfolgt in Schriftform bis zum 31.12. und wird zum Ende des Geschäftsjahres wirksam. Erfolgt eine Kündigung in einem Geschäftsjahr vor dem Einzug des Jahresbeitrags, wird dieser trotzdem fällig, da die Mitgliedschaft noch bis zum Ende des Jahres bestehen bleibt. Das Ende der Schulzeit meines Kinders/meiner Kinder an der Schule verändert nicht automatisch den Status der Mitgliedschaft. Adressänderungen werden dem Förderverein zeitnah mitgeteilt. Die Vereinsatzung/DSGVO kann auf der Internetseite der Schule und im Sekretariat der Schule nachgelesen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

NAME Kontoinhaber/in _____ VORNAME Kontoinhaber/in _____

KREDITINSTITUT _____ BIC _____

IBAN D E _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/in _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtige(n) den Förderverein der Städtischen Realschule Ochtrup bis auf Widerruf den Beitrag meines/unseres Kindes jährlich zum 01.02. von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID-Nr: DE 71 ZZZ00001313429 | **Mandatsreferenz: I**hre Mandanten-Nr. entnehmen Sie bitte dem Verwendungszweck der Beitragsabbuchung