

Antrag auf Mitgliedschaft

im Förderverein „ Neues städtisches Gymnasium Halle (Saale)“ e.V.
Oleariusstraße 7, 06108 Halle (Saale)

Vorname und Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Email*: _____

*Bitte unbedingt angeben, da aus ökologischen und Kostengründen der **Schriftverkehr per Email** abgewickelt wird. Ihre Daten werden nur für vereinsinterne Zwecke wie Infomails, Festorganisation, Versenden von Mitgliederbescheinigungen u.ä. gespeichert und verwendet und nicht an vereinsfremde Dritte weitergegeben.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Zwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich möchte in die Fördervereins-Whatsappgruppe aufgenommen werden. Ich weiß, dass ich jederzeit die Gruppe wieder verlassen kann.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein „ Neues städtisches Gymnasium Halle (Saale) e.V.. Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Die Mitgliedschaft soll im laufenden Schuljahr 20...../.... beginnen.

Die Mitgliedschaft soll im kommenden Schuljahr 20...../... beginnen.

Meinen gewählten (Schul-)Jahresbeitrag habe ich auf dem Lastschriftmandat vermerkt. Der Lastschrifteinzug wird innerhalb von 4 Wochen nach Beitritt und dann jeweils im September des laufenden Schuljahres vorgenommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Mitgliedschaft wurde anerkannt. Der Vorstand.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Förderverein Neues städtisches Gymnasium Halle (Saale) e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50NSG00001805306

Mandatsreferenz:

(wird vom Zahlungsempfänger eingetragen)

SEPA- Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Förderverein Neues städtisches Gymnasium Halle (Saale) e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Neues städtisches Gymnasium Halle (Saale) e.V. 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. Für die dafür anfallenden Gebühren komme/n ich/wir auf. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Name Kreditinstitut/ BIC

IBAN

Wiederkehrende Zahlung fälliger Beiträge gemäß Antrag

Einmalige Zahlung

Die Höhe des Beitrags soll betragen:

- 12 €
- 24 €
- 36 €
- 48 €
- _____ € (selbstgewählter Betrag)

Ort, Datum

Unterschrift
