

Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule e.V.

1979 – 2011 seit über dreißig Jahren

Goethestraße 109, 63067 Offenbach / Main

Telefon: 069/8065-2245,

Telefax: 069/8065-3426

SCHILLER IGS
Schillerschule
Offenbach

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum:

Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule, Offenbach e.V.

Name:

Vorname:

Straße / Hausnr.:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

E-mail:

Mein Kind geht an der Schillerschule Offenbach in die Klasse:

Name:

Vorname:

Klasse:

- Ich bestimme die Höhe des Beitrages selber und werde diesen im Laufe eines Kalenderjahres auf das Konto des Vereins einzahlen.
- Ich möchte 20,00€ Mitgliedsbeitrag im Jahr zahlen und
- nehme am SEPA-Lastschriftmandat teil / erteile eine Einzugsermächtigung
- zahle diesen am Anfang des Jahres auf das Konto des Vereins ein

Die Satzung des Vereins und eine Aufnahmebestätigung geht Ihnen per Mail oder per Post zu.

Offenbach, _____
(Datum)

(Unterschrift)

Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule e.V.

1979 – 2011 seit über dreißig Jahren

Goethestraße 109, 63067 Offenbach / Main

Telefon: 069/8065-2245,

Telefax: 069/8065-3426



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates

Zahlungsempfänger	Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule	
	Gläubiger-ID : Wird noch mitgeteilt	Mandatsreferenz-Nr. *

Kontoinhaber	Name	Vorname
	PLZ	Straße
	Konto-Nr.	Bankleitzahl
	IBAN	BIC
	Name der Bank	

Einzugsermächtigung	Ich/wir ermächtigen den Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule Offenbach die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift vom o. g. Konto einzuziehen.
Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift	Ich/wir ermächtigen den Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule Offenbach Zahlungen vom o. g. Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Freunde und Förderer der IGS Schillerschule Offenbach auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. <input type="checkbox"/> Mandat gilt für eine einmalige Zahlung / <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

Offenbach, _____
(Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

1. Vorsitzende Mansour Azizy* Bismarckstr. 30 * 63065 Offenbach
Telefon Mobil: 0174 / 96 70064 Email: kawe1341@gmail.com
Bankverbindung Förderverein: Städtische Sparkasse Offenbach/M. * BIC: HELADEF1OFF
* IBAN: DE06 5055 0020 0000 0148 85