

Aufnahmeantrag



An den Förderverein
der Hermann-Allmers-Grundschule e.V.

in Delmenhorst

Ich möchte Mitglied im Förderverein werden.

Name / Vorname

Straße/ Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail @ _____

Telefonnummer

Name des Kindes / Klasse des Kindes

Ich möchte den Förderverein unterstützen und

leiste den Mindest-Jahresbeitrag von € 12,00 (d.h. € 1,00 pro Monat)

und/oder möchte den Förderverein der Hermann-Allmers-Grundschule e.V. pro Jahr (zusätzlich) mit € _____, ____ unterstützen.

Delmenhorst, den ____ . ____ . 20 ____ _____
Unterschrift des Antragstellers

Bitte füllen Sie auch den SEPA-Lastschriftantrag aus.



SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Förderverein der Hermann-Allmers-Grundschule e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:
Berliner Str 54

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 27751 Delmenhorst **Land / Country:** Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE73ZZZ00001394000

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
wird nachträglich vergeben

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address
Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city: **Land / Country:**

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location: Delmenhorst, den **Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

manuell
114 902 001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenring
Urheberrechtlich geschützt

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.