

## ***Mitgliedsantrag für den Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald) e.V.***

Wir freuen uns, dass Du Dich entschlossen hast, die Grundschule Schönwalde zu unterstützen, indem Du unserem Förderverein beitreitest.

Gemeinsam können wir viel bewirken!

So gehst Du jetzt vor:

1. Drucke diesen Antrag aus.
2. Trage Deine persönlichen Daten ein.
3. Wähle Deinen jährlichen Mitgliedsbeitrag.
4. Unterschreibe den Antrag.
5. Fülle gern die Lastschriften-Einzugsermächtigung auf der Folgeseite aus.
6. Sende den Antrag per Post an folgende Adresse:

[Förderverein der Grundschule Schönwalde \(Spreewald\) e.V.](#)  
[Hauptstraße 50](#)  
[15910 Schönwald](#)

Dies ist gleichzeitig die Adresse der Schule, der Antrag kann auch dort in den Briefkasten geworfen werden.

Per E-Mail geht auch, das ist die Adresse:  
[fv.grundschule.schoenwalde@t-online.de](mailto:fv.grundschule.schoenwalde@t-online.de)

7. Geschafft. Herzlich willkommen in unserem Verein!

# **Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald) e.V.**

Vorsitzende: Liane Rieß-Meißner  
Vereinsanschrift: Hauptstraße 50, 15910 Schönwalde  
E-Mail. : fv.grundschule.schoenwalde@t-online.de

## **Beitrittserklärung**

Hiermit trete ich dem Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald) e.V. bei.

Name:..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ/ Ort/ Ortsteil:.....  
Telefon:..... E-Mail:.....  
Geburtsdatum:..... Ausgeübter Beruf:.....  
Kind(er) an der GS Schönwalde (Namen):.....

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Diese wird auf Wunsch ausgehändigt oder kann im Sekretariat der Grundschule Schönwalde eingesehen werden.

Die Mitgliedschaft kann ich schriftlich zum Ende des Kalenderjahres beenden.

Der Mitgliedsbeitrag wird bis zum 28.02. eines jeden Jahres zur Zahlung im Lastschriftverfahren fällig.

- Ich zahle einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag 15,00 €).
- Ich möchte zusätzlich zum jährlichen Mitgliedsbeitrag einmalig einen Betrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € spenden und ermächtige den Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald) diesen einmalig im Lastschriftverfahren einzuziehen.

Mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung bin ich einverstanden.

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:  
Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald)

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

Straße und Hausnummer / Street name and number:  
Hauptstr. 50

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:  
15910 Schönwald

Land / Country:  
DE

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:  
DE86ZZZ00002100411

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):  
*(entspricht der Mitgliedsnummer und wird separat mitgeteilt)*

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald)**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald)** 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 **Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald)** 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 **Förderverein der Grundschule Schönwalde (Spreewald)**.

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\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

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

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

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