

Freunde und Förderer des Gymnasiums St. Michael e. V.

-anerkannt als gemeinnütziger Verein-

Herrn
Markus Grube -Vorsitzender-
Auf dem Knüppelsberg 9
59229 Ahlen

Beitrittserklärung

Ich kenne den Förderauftrag des Vereins "Freunde und Förderer des Gymnasiums St. Michael e. V." und möchte diese Aufgaben durch meinen Beitritt und meinen Jahresbeitrag zukünftig gern unterstützen. Somit trete ich ab sofort dem Verein als Mitglied bei.

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ich zahle: den Mindestbeitrag von € 36,-- jährlich oder einen Beitrag von _____ € jährlich

Bitte entsprechend mit Druckschrift ergänzen und Beitragswunsch ankreuzen. Die Abbuchung erfolgt jeweils zum 1. Dezember eines Jahres. Die Angabe Telefon ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten um **Bekanntgabe der Email-Adresse**, da hierüber die Hauptkommunikation stattfinden soll. Bitte bei Änderung der Email-Adresse dies formlos mitteilen. Vielen Dank!

Es gilt die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung (z.Zt. vom 28.01.2014), die im Büro des Gymnasiums St. Michael sowie beim 1. Vorsitzenden eingesehen werden kann.

Hinweis: Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Ende eines Kalenderjahres und hat schriftlich zu erfolgen (§3 Nr. 3 der Satzung).

Hinweis zum Datenschutz: Ich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden, sofern diese ausschließlich für die Ziele des Vereins verwendet werden

Datum: _____

Unterschrift: _____

(April 2021)

Freunde und Förderer des Gymnasiums St. Michael e.V.

-anerkannt als gemeinnütziger Verein-

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Freunde und Förderer des Gymnasiums St. Michael e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Freunde und Förderer des Gymnasiums St. Michael e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN (Kto.-Nr.): _____ BIC (Bankleitzahl): _____

(Bitte entsprechend mit Druckschrift ergänzen)

Datum

Unterschrift / Kontoinhaber