



Förderverein der Mauritzschule
Stiftstraße 19
48145 Münster

Beitrittserklärung zum Förderverein

Hiermit erkläre ich die Aufnahme als Mitglied in den
„Förderverein der Mauritzschule – Schulverein der Mauritzschule e.V.“.

Meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von (mind. 10 € p.a.) **werde ich**

per Einzugsermächtigung auf folgendes Konto

Schulverein der Mauritzschule e.V.

Sparkasse Münsterland-Ost

IBAN DE85 4005 0150 0103044830

BIC WELADED1MST

(Bitte füllen Sie dazu das auf der Rückseite stehende Formular "Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats" aus.)

jeweils zu Beginn des Schuljahres leisten.

Das Ende meiner Mitgliedschaft teile ich dem Verein bis zum Ende eines Schuljahres in **schriftlicher** Form mit. Die Mitgliedschaft endet automatisch mit Ablauf des vierten Schuljahres meines/r Kindes/Kinder. Es bedarf dann keiner schriftlichen Kündigung mehr.

Name, Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Name des Kinds: (Klasse:)

Datum, Unterschrift:

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Schulverein der Mauritzschule e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Stiftstraße 19

Postleitzahl und Ort:

48145 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE62ZZZ00000555051

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**