



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.

Der Austritt muss schriftlich oder in Textform erklärt werden und beim Vorstand bis spätestens zum 30.04. eines Kalenderjahres eingehen. Die Mitgliedschaft erlischt dann zum 31.07. desselben Kalenderjahres.

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):**