

## Beitrittserklärung

ICH will Mitglied im Förderverein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Troisdorf - Eschmar werden.

\_\_\_\_\_  
Vorname Name (= Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Der Jahresbeitrag beträgt **15 €** und wird entsprechend der Satzung vom angegebenen Konto einmal jährlich am 15. April über ein SEPA-Lastschriftmandat eingezogen, bei Neumitgliedern erstmalig am 15. November. Spendenquittungen erstellen wir auf Anfrage. Kündigungen werden erst mit Ablauf des Kalenderjahres wirksam!

Ich bin bereit, freiwillig einen höheren Jahresbeitrag zu bezahlen:  25 €,  50 €,  75 €, \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Telefon bzw. Mailanschrift \_\_\_\_\_

(zwecks Rückfragen)

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

Hiermit willige ich in die Verarbeitung der von mir hier angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Vereinsverwaltung ein. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur zur Durchführung des Lastschriftverfahrens. Die Löschung meiner Daten erfolgt aus Gründen der steuerrechtlichen Nachweispflicht erst 10 Jahre nach Beendigung meiner Mitgliedschaft. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich beim Vorstand widerrufen werden. Die ausführliche Datenschutzerklärung (abrufbar über die Homepage der Schule) nehme ich hiermit zur Kenntnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## SEPA-Lastschriftverfahren

**Förderverein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Troisdorf – Eschmar**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000299188

Mandatsreferenz WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Förderverein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Troisdorf - Eschmar, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der Freunde und Förderer der Gemeinschaftsgrundschule Troisdorf - Eschmar 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.

IBAN: DE \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift