



**SCHUL
ZENTRUM**
ALDINGEN

**Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.
Heubergstraße 30 – 32, 78554 Aldingen**

Anmeldung / Beitrittserklärung

Ja, ich erkläre hiermit meine Bereitschaft, dem „Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.“ beizutreten. Mir ist bekannt, dass sich der jährliche Mindestbeitrag zur Zeit auf **10,-- €** beläuft.

Name: _____ Vorname: _____

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag: _____ €

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des „Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.“ in der jeweils gültigen Fassung an und verpflichte mich zur pünktlichen Zahlung der Mitgliedsbeiträge. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu **vereinsinternen Zwecken** unter Einhaltung des jeweils gültigen Datenschutzgesetzes elektronisch erfasst und gespeichert werden.

Im Zusammenhang mit Aktivitäten veröffentlicht der Verein Fotos auf der Homepage des Schulzentrums Aldingen und übermittelt Daten und Fotos zur Veröffentlichung an Printmedien sowie elektronische Medien. Ein Mitglied kann jederzeit gegenüber dem Verein der Veröffentlichung von Einzelfotos seiner Person widersprechen. Ab Zugang des Widerspruchs unterbleibt die Veröffentlichung / Übermittlung und der Verein entfernt vorhandene Fotos von seiner Homepage.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____



**SCHUL
ZENTRUM**
ALDINGEN

**Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.
Heubergstraße 30 – 32, 78554 Aldingen**

SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger: Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.
Vertreten durch den Vorstand**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE76ZZZ00001831998

Mandatsreferenz:

_____ **(Ihre Mitgliedsnummer; wird vom Verein eingetragen)**

Ich/Wir ermächtige/n den „Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.“, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom „Förderverein Schulzentrum Aldingen e.V.“ auf mein Konto gezogenen Beitragslastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift/en: _____