

Christlicher Schulverein Frankfurt (Oder) e.V.
Vorstand, Luisenstr.25 d, 15230 Frankfurt (Oder)



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE88ZZZ00000327991**

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Christlichen Schulverein Frankfurt (Oder)e.V..

Name, Vorname:

Anschrift:

Name des Schulkindes:

Einschulungsjahr:

Telefon:

e-Mail:

Die Satzung ist beim Vorstand erhältlich oder im Internet unter: **www.ev-schule-ffo.de** abrufbar.
Der Mindestbeitrag beträgt jährlich 25,00 €. Die Gemeinnützigkeit des Vereins ist anerkannt.
Spendenbescheinigungen sind möglich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich überweise den Betrag bis zum 01.09. des Jahres auf folgendes Konto:

Christlicher Schulverein Frankfurt (Oder) e.V., Sparkasse Oder-Spree
IBAN: DE62 1705 5050 3010 2773 92, BIC: WELA DE D1 LOS

Ich erteile dem Christlichen Schulverein Frankfurt (Oder) e.V. ein **SEPA-Lastschriftmandat**
(Bitte Folgeseite ausfüllen!)

Die Mitgliedschaft soll automatisch mit Abschluss der 6.Klasse meines Kindes.....

.....im Jahr enden. Ja / Nein
Zutreffendes bitte ankreuzen !

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hinweis: Eine Spendenquittung wird nur auf Anfrage erstellt! Als Nachweis für das Finanzamt genügt bis zu einem Betrag i.H.v. 200 € der Kontoauszug.

SEPA - Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Christlicher Schulverein Frankfurt (Oder) e.V.

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE88ZZZ00000327991

Mandatsreferenz:*

*Nach Rückgabe des ausgefüllten SEPA - Lastschriftmandats wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

Hiermit ermächtige ich den Christlichen Schulverein Frankfurt (Oder) e.V., den Mitgliedsbeitrag von jährlich € zum 01.09. eines jeden Jahres von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Christlichen Schulverein Frankfurt (Oder) 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.

IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(8 oder 11 Stellen)

Bitte nur ausfüllen, falls Kontoinhaber(in) und Zahlungs-pflichtige(r) voneinander abweichen:

Vorname und Name

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....

Die/Der Zahlungspflichtige hat die/den Kontoinhaber(in) über die Höhe und Fälligkeitstermine der Zahlungen informiert.

.....
Datum **Unterschrift Antragsteller/in, Kontoinhaber/in**