



## Beitrittserklärung

An den Förderverein  
des Geschwister-Scholl-Gymnasiums Pulheim e.V.

Hackenbroicher Straße 66a  
50259 Pulheim

IBAN: DE34370502990157005262  
Kreissparkasse Köln  
BIC: COKSDE33

☎ 0 22 38 / 965 440  
Fax : 0 22 38 / 965 44 24

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

### **Förderverein des Geschwister-Scholl-Gymnasiums Pulheim e.V.**

Die Mitgliedschaft kann durch Kündigung unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Schuljahresende beendet werden. Die Beitragshöhe wird von mir selbst bestimmt (mindestens jedoch 10,- € jährlich). Tragen Sie den von Ihnen gewünschten Betrag an der dafür vorgesehenen Stelle ein.

Ich möchte, dass mein Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € jährlich von meinem Konto abgebucht wird. (Der Beitragseinzug erfolgt im März.)

Hierzu erteile ich das SEPA - Lastschriftmandat auf der Rückseite dieses Antrags.

**oder**

Meinen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € überweise ich jährlich bis zum 31.03. auf das oben genannte Konto.

Bei Beiträgen ab 100 € wird eine Spendenquittung zum Jahresanfang zugeschickt.  
Die Satzung erkenne ich durch meine Unterschrift an.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Zahlungsempfänger:** Förderverein des Geschwister-Scholl-Gymnasiums Pulheim e. V.  
Hackenbroicher - Straße 66a, 50259 Pulheim

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE74ZZZ00000475392

**Mandatsreferenz** (wird mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt):

**Name des Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber):

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Förderverein des Geschwister-Scholl-Gymnasiums Pulheim e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Förderverein des Geschwister-Scholl-Gymnasiums Pulheim 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE

BIC (8 oder 11 Stellen):

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift