

Gerhart-Hauptmann-Straße 5a 98693 Ilmenau

03677/882040 03677/204858 (Fax) gym.am-lindenberg@schulen-ilmkreis.de www.gym-amlindenberg.de

Freunde und Förderer des Staatlichen Gymnasiums "Am Lindenberg" Ilmenau

Antrag zum Beitritt

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein **Freunde und Förderer des Staatlichen Gymnasiums "Am Lindenberg" Ilmenau.**

natürliche Person			
juristische Personen			
Name:			
Vorname:			
Straße, Nr.:			
PLZ, Ort:			
Telefon:			
E-Mail:			
Ort, Datum:	Untersch	nrift:	
Die Satzung in ihrer gegenwärtigen Fassung erkenne ich/wir als Grundlage der Mitgliedschaft an. Für den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 15,00 € jährlich erteile ich/wir eine Einzugsermächtigung.			
Informationen zum Kir	nd (falls es das o.g. Gymnasium besucht)		
Vorname	Name	Klassenstufe	vor. Abiturabschluss [Jahr]
(bitte wenden)			



Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Gerhart-Hauptmann-Straße 5a 98693 Ilmenau

03677/882040 03677/204858 (Fax) gym.am-lindenberg@schulen-ilmkreis.de www.gym-amlindenberg.de

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsemafüngens			
Name des Zahlungsempfängers:			
Freunde und Förderer des Staatlichen Gymnasiums "Am Lindenberg" Ilmenau			
Anschrift des Zahlungsempfängers:			
Gerhart-Hauptmann-Straße 5a			
98693 Ilmenau			
Gläubiger-Identifikationsnummer:			
DE 89ZZZ00001622050			
Mandatsreferenz: {vom Zahlungsempfänger (Verein) 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:			
Jährlich wiederkehrende Zahlung bis Austritt			
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):			
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)			
Straße und Hausnummer:			
Postleitzahl und Ort:			
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen): DE			
BIC (8 oder 11 Stellen):			
Ort: Datum:			