

An den

Verein zur Förderung und Unterstützung des
Anton-Philipp-Reclam-Gymnasiums in Leipzig e.V.

Tarostraße 4
04103 Leipzig



Fördern heißt bewegen. Wir bewegen was.

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Verein zur Förderung und Unterstützung des Anton-Philipp-Reclam-Gymnasiums in Leipzig e. V. mit **Wirkung zum*** ____ . ____ . ____ bei.

Vorname / Nachname: * _____ / _____

Straße / Hausnummer: * _____ / _____

PLZ / Ort: * _____ / _____

Land: _____

Telefon: * _____

E-Mail: * _____

Meinen Jahresbeitrag von* 6,00 Euro für Schüler ab vollendetem 14. Lebensjahr, Studenten, Azubis, Rentner
(bitte wählen)

20,00 Euro für alle anderen

freiwillig höherer Jahresbeitrag von _____ Euro

zahle ich* per SEPA-Lastschriftmandat (siehe Seite 2)

(bitte wählen) innerhalb von 14 Tagen nach meinem Beitritt und jeweils bis zum 15.01. eines Folgejahres auf das Konto des Fördervereins:

Deutsche Kreditbank AG

IBAN: DE61 1203 0000 1020 1699 57

BIC: BYLADEM1001

Beruf: _____

(Wir würden gern bei Bedarf auf Ihre Kenntnisse zurückgreifen.)

Name und Klasse Ihres Kindes / Ihrer Kinder:

(Falls Ihr Kind / Ihre Kinder Schüler an unserem Gymnasium ist / sind)

Datum*

Unterschrift*

* Diese Felder sind Pflichtfelder und müssen von Ihnen ausgefüllt werden.

An den

Verein zur Förderung und Unterstützung des
Anton-Philipp-Reclam-Gymnasiums in Leipzig e.V.

Tarostraße 4
04103 Leipzig



Fördern heißt bewegen. Wir bewegen was.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein zur Förderung und Unterstützung des Anton-Philipp-Reclam-Gymnasiums Leipzig e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE34ZZZ00000809113), meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag am 15. Januar des Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Einzug des Erstbeitrages im Eintrittsjahr erfolgt vier Wochen nach dem Tag des Beitritts. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich achte auf ausreichende Deckung meines Kontos. Änderungen meiner Bankverbindung werde ich unverzüglich mitteilen. Ggf. anfallende Gebühren für Rücklastschriften gehen zu meinen Lasten.

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.

Kontoinhaber:

Straße / Hausnummer:

_____ / _____

PLZ / Ort:

_____ / _____

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Datum

Unterschrift

Für das SEPA-Lastschriftmandat füllen Sie bitte alle Felder aus.