



Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V.
06577 An der Schmücke, Am Bahnhof 22- 23
Mail: schulfoerderverein@ibkm-schulen.de

Beitrittserklärung

Ich trete dem Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V. bei.

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Meine Mitgliedschaft beginnt am: _____

Die Mitgliedschaft endet zum Ende eines Kalenderjahres, wenn die Kündigung bis zum 30. September des laufenden Jahres dem Vorstand in Schriftform vorliegt.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für

- natürliche Personen 12,00 € jährlich
- juristische Personen 60,00 € jährlich.

Mein jährlicher Mitgliedsbeitrag beträgt: _____ €.

- Ich erteile dem Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V. das umseitige SEPA-Lastschriftmandat (bitte Rückseite ausfüllen).
Die Lastschrift erfolgt einmal jährlich am 31. März.

11,
108

- Ich überweise den Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € am 31. März des laufenden Jahres auf das Konto IBAN: DE84 8209 4054 0000 5600 65 BIC: GENODEF1NDS bei der Nordthüringer Volksbank e. G.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung des Vereins an.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V.
z.Hd. Yvonne Schwierz
Nausitzer Dorfstraße 27a
06571 Roßleben-Wiehe

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE07ZZZ00001973599	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Förderverein IBKM Schulen und Kindergärten e. V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.