

Förderkreis der Maternus Grundschule Bülowstraße e.V.

Bülowstraße 90 / 50733 Köln / Fax: 0221-4922499-22 / E-Mail:
foerderkreis.maternus@gmail.com / Amtsgericht Köln VR6326



Vorsitzende
Simone Dudt

Schriftführerin
Nora Stenuz

Schatzmeisterin
Wiebke Goller

A U F N A H M E A N T R A G

Der/die Unterzeichnende beantragt hiermit die Aufnahme als Mitglied im Förderkreis der Maternus Grundschule Bülowstraße e.V. unter Anerkennung der Satzung.

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag wird per Lastschrift von Ihrem Konto eingezogen und ist zu Beginn des Schuljahres fällig. Über den Antrag entscheidet der Vorstand. Bitte entscheiden Sie, wie viel Ihnen die Mitgliedschaft wert ist, der Mindestbeitrag beträgt 1,-Euro pro Monat (= 12,- Euro je Schuljahr).

- ☐ 1 Euro pro Monat (12,- pro Schuljahr)
- ☐ 2 Euro pro Monat (24,- pro Schuljahr)
- ☐ 5 Euro pro Monat (60,- pro Schuljahr)
- ☐ 10 Euro pro Monat (120,- pro Schuljahr)
- ☐ Mein Beitrag:

Schülername / Klasse (z.B. 1b Löwenklasse)

Datum / Unterschrift

Anlage: SEPA-Lastschriftmandat

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Sparkasse KölnBonn

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderkreis der Maternus Grundschule Bülowstraße e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Bülowstraße 90

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

50733 Köln

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE86ZZZ00002048613

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

☒ Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: