



Liebe Freunde der Findorffschule, liebe Eltern, liebe Lehrkräfte,

der Freundeskreis der Findorffschule Osterholz-Scharmbeck wurde am 12. Januar 1995 von Eltern und Lehrkräften der Findorffschule gegründet. Zweck des Vereins ist es, Aufgaben, die im Gemeininteresse der Schüler und Schülerinnen der Schule liegen, zu unterstützen und aktiv an der Weiterentwicklung der Findorffschule und des Stadtteils Osterholz mitzuwirken.

Wir würden uns freuen, wenn Sie auch dabei sein würden,

- werden Sie Mitglied -,

unterstützen Sie unseren Freundeskreis.

Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Hiermit erkläre ich den Beitritt als Mitglied des Freundeskreises der Findorffschule Osterholz-Scharmbeck e.V.:

- Jahresmitgliedsbeitrag: 6,00 EUR (Mindestbeitrag)
(Zutreffendes bitte ankreuzen 12,00 EUR
oder Mehrbeitrag eintragen) 18,00 EUR
 _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie unbedingt auch die Einzugsermächtigung auf der nächsten Seite aus!!

Anlage zum Mitgliedsantrag

Name: _____

Einzugsermächtigung / SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Freundeskreis der Findorffschule Osterholz-Scharmbeck e.V.
Rübhofstraße 7
27711 Osterholz-Scharmbeck
Freundeskreis-Findorffschule@gmx.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE37FOE00000085051
Mandatsreferenz*:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Freundeskreis der Findorffschule Osterholz-Scharmbeck e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis der Findorffschule Osterholz-Scharmbeck e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es handelt sich um ein Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen, welche einmal jährlich zum 15.11. jeden Jahres belastet werden.

Bei Eintritt im laufenden Schuljahr wird der erste Beitrag am 15. Tag des nach Anmeldedatum folgenden Monats belastet.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Vorname und Name Kontoinhaber: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC)**: _____

IBAN**:

Ort, Datum

Unterschrift

* Bei Neueintritt - Wir teilen Ihnen die Mandatsreferenz in einem separaten Schreiben mit.

** Die Angaben zu BIC und IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.