



Antrag zur Mitgliedschaft

„Verein der Freunde und Förderer der Johansenschule e. V.“

Vor- und Zuname:	Geburtsdatum:
Name des Kindes:	Klasse:
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Wohnort:
Tel. Nr.:	E-Mail:

Ich möchte Mitglied im „Verein der Freunde und Förderer der Johansenschule e. V.“ werden und verpflichte mich zur Zahlung des jeweils gültigen Mitgliedsbeitrags in Höhe von:

<input type="checkbox"/>	Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 10, 00/Jahr
<input type="checkbox"/>	Freiwillig höherer Betrag € _____/ Jahr
<input type="checkbox"/>	Ich möchte, gerne, ein passives Mitglied im Förderverein sein.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte, gerne, wenn Hilfe benötigt wird, aktiv mitarbeiten. im Förderverein helfen.

<input type="checkbox"/>	Die Einzugsermächtigung soll gelten bis: _____ (maximal bis zum Ende der Schulzeit auf dieser Schule)
<input type="checkbox"/>	Die Einzugsermächtigung gilt bis auf meinen Widerruf (Dauermitgliedschaft).

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, stimme der elektronischen Speicherung der Daten sowie der Übersendung von Vereinsnachrichten per E- Mail zu. Die Mitgliedschaft kann jederzeit zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden

Krefeld, den _____
(Datum)

(Unterschrift)

Amtsgericht Krefeld
Vereinsregister-Nr. VR 25 39
Städt. Gemeinschaftsgrundschule
Johansenschule
Kohlplatzweg 25
47809 Krefeld

Sparkasse Krefeld
IBAN: DE16 320500000045002425
BIC: SPKRDE33
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000799263

1.Vorsitzende
Angela Kosmis
Rheinbabenstr. 199
47809 Krefeld



Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat „Verein der Freunde und Förderer der Johansenschule e. V.“

Ich/wir ermächtige(n) den „**Verein der Freunde und Förderer der Johansenschule e.V.**“, Kohlplatzweg 25, 47809 Krefeld, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom „**Verein der Freunde und Förderer der Johansenschule e.V.**“, Kohlplatzweg 25, 47809 Krefeld auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird jeweils im Januar des jeweiligen Schuljahres per Lastschrift eingezogen.

Kontoinhaber: _____
Institut: _____
IBAN: _____
BIC: _____
in Höhe von: _____
in Worten: _____

Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden

Die Einzugsermächtigung soll gelten bis: _____
(maximal bis zum Ende der Schulzeit auf dieser Schule)

Krefeld, den _____
(Datum)

(Unterschrift)