
Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Elterninitiative OGS Waldschule e. V.“

Name, Vorname des Mitglieds	
Name, Vorname des Kindes	
Anschrift	
E-Mail	
Klassenstufe des Kindes	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an (Satzung hängt am Schwarzen Brett der OGS aus).

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Schuljahr mindestens 15,00 €. Abweichend davon möchte ich einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in folgender Höhe zahlen:

_____ Euro.

Der Mitgliedsbeitrag wird durch die Elterninitiative OGS Waldschule e. V. mittels Lastschrift, Fälligkeit jeweils im April, eingezogen.

Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Mandat sorgfältig aus, es ist fester Bestandteil dieser Beitrittserklärung.

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/in _____

Unterschrift Vereinsvorstand _____

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Elterninitiative OGS Waldschule e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Carl-Maria-von-Weber-Platz 3

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

51375 Leverkusen

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

D E 9 8 Z Z Z 0 0 0 0 1 4 1 8 0 9 1

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 die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**