



FREUNDE & FÖRDERER DER

FREIEN CHRISTLICHEN SCHULEN

BONN/RHEIN-SIEG E.V

Freunde & Förderer der Freien Christlichen Schulen Bonn/ Rhein-Sieg e.V.

1. Vorsitzender Andreas Wiegel – Schöntalweg 5 – 53347 Alfter

Mail: info@fcsb.de – Web: www.fcsb.de Telefon: 0228-96200 26

BEITRITTSERKLÄRUNG

Förderverein

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer der Freien Christlichen Schulen Bonn/ Rhein-Sieg e. V.

als Auszubildender/ Student als natürliche Person als juristische Person (z. B. Firma)

Meinen jährlichen persönlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____, __ € bezahle ich erstmalig ab dem _____. _____. _____. In den Folgejahren wird der Jahresbeitrag jeweils zum 01. Februar fällig.

Die z. Zt. gültige Satzung des Fördervereins habe ich eingesehen. Diese und alle weiteren Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Eine Beitragsquittung/ Zuwendungsbestätigung für Zuwendungen ab 100,00 € wird automatisch ausgestellt. Der jährliche Beitrag beträgt laut Beschluss der Mitgliederversammlung mindestens 24,00 €. Zahlungen darüber hinaus sind herzlich willkommen.

Ich bin an einer Mitarbeit im Förderverein interessiert Ja Nein (siehe §5 der Satzung)

Name _____ Vorname _____

Firma _____

Anschrift _____
Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Mail _____ Geburtsdatum# _____

Der Förderverein der Freien Christlichen Grundschule Bonn/ Rhein-Sieg-Kreis verpflichtet sich zur satzungsgemäßen und sorgfältigen Verwendung der Finanzmittel.

Ort Datum Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats Beitrag Förderverein

ich/wir ermächtige(n) Sie, den oben genannten Betrag zum oben genannten Fälligkeitsdatum von meinem/ unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Verein Freunde und Förderer der Freien Christlichen Schulen Bonn/Rhein-Sieg e. v. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer + Betrag; Gläubiger-ID: DE61ZZZ00000476790

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.

Bitte beachten Sie! Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Daraus resultierende Bank- und Bearbeitungsgebühren sind vom Kontoinhaber zu zahlen.

IBAN: _____ BIC: _____

Bankname: _____

Kontoinhaber: _____

Ort Datum Unterschrift der/des Kontoinhabers

Hinweis gem. BDSchG.:

Ihre Daten werden ausschließlich für vereinseigene Zwecke gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.
Freiwillige Angaben

www.fcsb.de