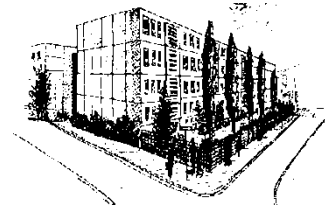


Käfernburger Str. 2
99310 Arnstadt



Aufnahmeantrag

1. Antragsteller / in

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
E-Mail:
Telefon:
Name des Kindes:
Klasse des Kindes:

2. Dauer der Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Förderverein des Staatlichen Gymnasiums Arnstadt:

- befristet (solange mein Sohn / meine Tochter am Gymnasium lernt)
 unbefristet (mit Kündigung 3 Monate vor Jahresende)

3. Art der Mitgliedschaft

Ich möchte

- aktives Mitglied werden
 förderndes Mitglied werden

4. Mitgliedsbeitrag

4.1. Höhe des Mitgliedsbeitrags pro Jahr

Ich bin

- erwerbstätig → 15,00 € Jahresbeitrag
 nicht erwerbstätig → 5,00 € Jahresbeitrag
 Schüler / Student / Auszubildender → 5,00 € Jahresbeitrag
 freiwillig höherer Beitrag → € Jahresbeitrag

4.2. Zahlungsart

Der Mitgliedsbeitrag wird für das laufende Schuljahr

- von meinem Konto abgebucht
Die Abbuchung erfolgt im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren.
Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE74ZZZ00000433682
Ihre persönliche Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer Mitgliedsnummer, die Ihnen auf Anfrage vom zuständigen Kassenwart mitgeteilt wird.
Die Abbuchung erfolgt am Fälligkeitsdatum (15. Mai) eines jeden Kalenderjahres (oder des darauf folgenden Geschäftstages).

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat /SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein des Staatlichen Gymnasiums MELISSANTES Arnstadt e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße u. Hausnummer / Street name and number:

Käfernburger Str. 2

Postleitzahl u. Ort / Postal code and city:

99310 Arnstadt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: **DE74ZZZ00000433682**

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

Ich ermächtige / Wir ermächtigen* den Zahlungsempfänger **Förderverein des Staatlichen Gymnasiums Arnstadt e. V.** Zahlungen von meinem / unserem* Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser* kontoführendes Geldinstitut an, die vom **Förderverein des Staatlichen Gymnasiums Arnstadt e. V.** auf mein / auf unser* Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum kann ich / können wir* die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem* Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise the creditor **Förderverein des Staatlichen Gymnasiums Arnstadt e. V.** to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Förderverein des Staatlichen Gymnasiums Arnstadt e. V.**

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**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

.....

Anschrift des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber) / Debtor address

Straße u. Hausnummer / Street name and number:

.....

Postleitzahl und Ort / Postal Code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

.....

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

.....

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date

(DD/MM/YYYY):

.....

....

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

.....

* Nicht Zutreffendes bitte streichen! / Please delete not applicable!