



Förderverein
der Katholischen Grundschule
Agnes-van-Brakel-Schule
Viersen-Helenabrunn e.V.

Vorsitzende: Stefan Hanßen / Leonie Steffes-Mies; Geschäftsführerin: Diana Gruber
Ummertalweg 51, 41748 Viersen

Sparkasse Krefeld · BLZ 320 500 00 · Konto 59 578 500
IBAN: DE17 3205 0000 0059 5785 00 - BIC: SPKRDE33XXX

Die Beitrittserklärung bitte ausgefüllt an den Förderverein senden, in der Schule abgeben oder einfach per E-Mail an -> foerderverein-avb-viersen@web.de senden.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir den Beitritt als Mitglied zum Förderverein der Katholischen Grundschule Agnes-van-Brakel-Schule Viersen-Helenabrunn e.V..

Gleichzeit ermächtige/n ich/wir den Förderverein widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen in Höhe von €_____ pro Jahr (Mindestbeitrag € 13,-) bei Fälligkeit zum Jahresende zu Lasten meines/unseres Girokontos per Lastschriftverfahren einzuziehen. Hierzu füllen Sie bitte das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

E-Mail Adresse

Telefon/Mobil

Ort

Datum

Unterschrift

Für Kleinbetragsspenden unter 300 Euro gilt die Vereinfachungsregel. Es werden keine automatischen Spendenquittungen erstellt.

Eine Kündigung erfolgt nicht automatisch durch Verlassen des Kindes der Schule! Die Mitgliedschaft ist 4 Wochen vor Ende des Geschäftsjahres (Juni) schriftlich kündbar.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://avb-schule.de/cms/foerderverein/>

Vielen Dank für Deine / Ihre Unterstützung!

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

Förderverein der Kath. Grundschule Agnes-van-Brakel Viersen e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Ummertalweg 51

Postleitzahl und Ort:

41748 Viersen

Land:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE31AVB00000176145

Mandatsreferenz (wird vom Förderverein ausgefüllt)

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.

Zahlungsart:

☐ Wiederkehrende Zahlung

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****Land:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):****BIC (8 oder 11 Stellen):****Ort:****Datum:****Name und Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**