

An
Montessori Mainbogen e.V.
Carl-Zeiss-Str. 4
63165 Mühlheim

eingegangen am:
Entscheidung am:
Entscheidung:
Brief/Mail an neues Mitglied am:

**Beitrittserklärung zum Verein Montessori Mainbogen e.V.
für Fördermitglieder**

Name, Vorname, Beruf

Anschrift

Telefon

Fax

E-Mail (wichtig - spart Portokosten!)

- Ich möchte **Fördermitglied des Vereins Montessori Mainbogen e.V. werden.**
- Auch mein Ehepartner / Lebenspartner (Name, Vorname, Beruf, Anschrift)

soll als Fördermitglied in den Verein aufgenommen werden.

Die Satzung und die Beitragsordnung des Vereins ist mir/uns bekannt und wird von mir/uns ausdrücklich anerkannt.

Als Fördermitglied werde/n ich/wir regelmäßig über die Vereinstätigkeit informiert.

Ich habe/Wir haben das Recht, an Mitgliederversammlungen teilzunehmen, bin/sind jedoch nicht wahl- und stimmberechtigt.

Ein Anspruch auf einen Schulplatz setzt eine **ordentliche** Mitgliedschaft voraus.

Der Mitgliedsbeitrag kann selbst gewählt werden, beträgt jedoch mindestens 50 Euro pro Geschäftsjahr(1.8.-31.7. des Folgejahres).

Mein/Unser Mitgliedsbeitrag beträgt ____ Euro / Geschäftsjahr

- 200 Euro / Geschäftsjahr
- 150 Euro / Geschäftsjahr
- 100 Euro / Geschäftsjahr

Ich stimme der Teilnahme am Lastschriftverfahren zu.

Ich bin/Wir sind einverstanden, dass mein/unser Name und meine/unsere Anschrift anderen Vereinsmitgliedern zur Wahrnehmung satzungsmäßiger Rechte weitergegeben werden darf.

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift



0003117330100530512130

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Montessori Mainbogen e.V.

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

Carl-Zeiss-Str. 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

63165 Mühlheim am Main

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

| D E 3 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 5 9 0 7 2 3 |

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. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 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 creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

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

manuell