

Förderverein des Beruflichen Schulzentrums Schongau e.V.



1. Beitrittserklärung zum Förderverein:

Hiermit erkläre ich / erklärt die unten genannte juristische Person den Beitritt zum „Förderverein des Beruflichen Schulzentrums Schongau“

Die Beitragshöhe (Mindestbeitrag) beträgt:

- bei Einzelpersonen: 10,00 Euro pro Kalenderjahr
- bei Einzelunternehmern, Unternehmern in GbR, Freiberuflern und juristischen Personen des privaten (Personenhandelsgesellschaften, Kapitalgesellschaften, Vereine) oder des öffentlichen Rechts: 50,00 Euro pro Kalenderjahr

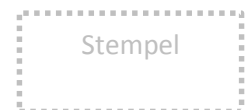
Ich möchte bis auf Widerruf **freiwillig einen höheren Jahresbeitrag** in Höhe von insgesamt _____ Euro entrichten.

bei privaten Einzelpersonen: _____
Name in Druckbuchstaben

Anschrift in Druckbuchstaben

bei Einzelunternehmern, Unternehmern in GbR, Freiberuflern und juristischen Personen:

Name des Unternehmers, bei juristischen Personen Name bzw. Bezeichnung der juristischen Person und Name(n) der vertretungsberechtigten Personen:



Name und Anschrift, ggf. Name(n) der Vertretungsberechtigten in Druckbuchstaben

ggf. Name des/der Ausbilder(s) - als Kontaktperson - _____

Ort

Datum

Unterschrift(en)

2. **Meine/unsere E-Mail-Adresse:** _____ @ _____

3. **Einzugsermächtigung: Siehe Rückseite**



00000606426100003010120

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

„Förderverein des Beruflichen Schulzentrums Schongau“

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Wilhelm-Köhler-Straße 40

Postleitzahl und Ort:

86956 Schongau

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE73ZZZ00000140954

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer:****Postleitzahl und Ort:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

D E

BIC (8 oder 11 Stellen):

D E

Ort:**Datum (TT/MM/JJJJ):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

manuell