

Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule e.V.

c/o lindenpartners

Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbH

Friedrichstr. 95, 10117 Berlin

www.els-schule.de els.foerderverein@els-schule.de

Ja,

ich will Mitglied im Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule e. V. werden.

Der Verein ist beim Amtsgericht Berlin VR38617B eingetragen. Ich kann die Mitgliedschaft jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Straße, Hausnummer: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Beruf /Tätigkeit: _____

(zusätzliche freiwillige Angabe zum Zweck der Unterstützung der Vereinstätigkeit)

Name, Vorname und Klasse des Kindes: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit jährlich 20€ bzw. 10€ ermäßigt und ist mit Eintrittsmonat zu entrichten. Sie haben auch die Möglichkeit, einen Förderbeitrag in selbst zu bestimmender Höhe einmalig oder regelmäßig zu zahlen.

Mein Beitrag: 20€ jährlich 10 € ermäßigt _____ € jährlich _____ € einmalig

Datum/Unterschrift: _____

Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule e.V.

IBAN:DE64830654080004

BIC: GENODEF1SLR

Skatbank

Verwendungszweck: Name, (Mitgliedsnummer)

Jahresbeitrag ELS

(wird vom Vorstand ausgefüllt)

Mitgliedsnummer:

_____/_____

Bitte den unterschriebenen Antrag und gegebenenfalls zusammen mit der Einzugsermächtigung als PDF-Datei oder in einem vergleichbaren Format per E-Mail an

els.foerderverein@els-schule.de senden.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger

Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE81ZZZ00002419146

Mandatsreferenz

--

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) den Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Förderverein der Emanuel-Lasker-Gemeinschaftsschule
------------------------------	---

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E																						
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC ¹ :													
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.